

Chronique d'une violence ordinaire aux urgences

Infirmiers et infirmières êtes-vous prêts à y faire face ?

Travail en vue de l'obtention du titre de Bachelor of Science
HES-SO en soins infirmiers

Par

Cachin Claude

Promotion 2006-2009

Sous la direction de Madame Danielle Bulliard Verville

Haut Ecole de Santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

Le 16 juillet 2009

Résumé

Ce travail a pour but d'identifier les différents facteurs intervenant dans la problématique de la violence à l'encontre des infirmiers dans les services d'urgences. Il a été décidé de commencer par un chapitre expliquant les cadres théoriques en lien avec cette problématique afin de pouvoir comprendre au mieux les différentes recherches faites à ce sujet. Ayant pour but de définir les facteurs facilitant la survenue de violence, la façon dont s'exprime cette violence, les différents signes précurseurs et enfin les moyens mis en place pour y faire face, une revue de littérature a été choisie afin d'acquérir une vision globale de ce phénomène et de pouvoir répondre aux différents questionnements. Un chapitre sera consacré aux différents résultats et ensuite une discussion mettant en lien les différents résultats et cadres théoriques sera effectuée.

Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier ma directrice de mémoire Madame Danielle Bulliard Verville pour la confiance qu'elle m'a accordé tout au long de ce travail. Je tiens aussi à remercier Madame Chantal Menoud qui m'a donné goût au travail dans un service d'urgences. Je tiens à remercier tout le personnel du service d'urgences de l'Hôpital Fribourgeois, site de Fribourg qui m'a accueilli pendant 14 semaines et qui m'a donné envi de retourner travailler dans un service d'urgences. Je tiens à remercier Messieurs Olivier Tétaz, Olivier Vanhulst, Thibault Lavoyer, Florent Hiard et Manuel Bavaud. Je tiens, pour finir, à remercier tout particulièrement Mademoiselle Julie Descloux pour avoir relu et corrigé avec professionnalisme mon travail de mémoire.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	5
Questionnement professionnel	5
Problématiques	8
Question de recherche	8
Fondements théoriques	9
Définitions et explications des termes utilisés.....	9
Violence	9
agressivité.....	10
Pyramide des besoins de Abraham Maslow	11
Coping	12
Service d'urgences	14
Méthode.....	15
Devis de recherche	16
Critères d'inclusion	16
Critères d'exclusion	17
Résultat des stratégies de recherche.....	17
Stratégie 1	17
Stratégie 2.....	18
Stratégie 3.....	18
Stratégie 4.....	19
Stratégie 5	19
Stratégie 6	19
Stratégie 7	20
Stratégie 8	20
Résultats	21
Facteurs influençant la survenue de la violence dans un service d'urgence.....	21
Manifestation et signes précurseurs de la violence.....	24
Moyens mis en place pour faire face à la violence	27
Discussion	34
Discussion des résultats des diverses études	34
Influence du temps d'attente	35
La formation.....	38
Le non-rapport des actes de violence.....	40
Facteurs environnementaux	43

La violence, part normale du travail aux urgences ?.....	44
Réponse à la question de recherche.....	45
Conclusion	50
Conséquences pour les soins	50
Autres besoins de recherches.....	51
Points forts et points faibles du travail.....	52
Le mot de l'auteur.....	52
Annexes	54
Annexe 1 : grilles de lectures	54
Annexe 2 : Le coping et les stratégie d'ajustement face au stress	83
Annexe 3 : Modèle Multidimensionnel et interactionnel du stress et de l'anxiété de Endler	84
Annexe 4 : prise de position du CII sur les abus et la violence à l'encontre du personnel infirmier.....	85
Annexe 5: Prise de position du CII sur la santé et la sécurité des infirmière au travail...	91
Annexe 5 : Pyramide des besoins de Maslow.....	95
Bibliographie	96
Articles de la revue de littérature	96
Articles publiés	97
Ouvrages.....	99
Articles de périodiques	100
Divers.....	100
Sites internet.....	101

INTRODUCTION

La violence dans les services d'urgences est-elle une part normal du travail ? Une étude de Lyneham (2000) montre que tous les infirmiers¹ d'un service d'urgences ont été confrontés, durant la dernière année de travail, à un incident de violence (physique ou non physique). La violence à l'encontre des infirmiers des services d'urgences a de lourdes conséquences au niveau des infirmiers telles qu'une augmentation du stress au travail, de l'angoisse, une baisse de l'estime de soi et pour finir une peur de se rendre sur son lieu de travail. Mais elle a aussi pour conséquence d'augmenter le nombre d'erreurs médicales, de diminuer la productivité et d'augmenter le temps d'attente.

Dans sa prise de position² sur les abus et la violence à l'encontre du personnel infirmier, le Conseil international des infirmières (2006) (CII) condamne avec la plus grande énergie toutes les formes d'abus et de violence à l'encontre du personnel infirmier. Le CII montre qu'un lieu de travail non sécuritaire menace la fourniture de services efficaces pour les patients et par conséquent pour leur sécurité. Il n'y a pas de différence entre violence physique et verbale, les effets sur le personnel sont les mêmes.

Les recherches le montre, de tous les travailleurs des urgences, ce sont les infirmiers qui sont le plus touchés par le phénomène de violence.

QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL

Lorsqu'il a fallut choisir une thématique pour mon Bachelor Thesis (BT), j'ai réfléchi à ce qui me questionnait vraiment dans ma future profession. J'avais tout d'abord choisi un thème proche des « Etudes Genres ». Je voulais explorer les différences homme-femme quant à la motivation à entrer dans la profession infirmière. Après réflexion et un premier état des lieux par rapport aux connaissances et recherches en lien avec cette thématique, je me suis rendu compte que la plupart des écrits étaient faits non pas par des infirmiers mais principalement par des psychologues et des sociologues. Cela a

¹ Toujours comprendre comme infirmier/infirmière.

² Annexe 4.

remis en question mon choix puisque j'avais envie d'effectuer un travail ayant comme base des savoirs et des connaissances issus principalement de la discipline infirmière.

C'est en cherchant dans mes souvenirs de stages que j'ai trouvé différents éléments qui me paraissaient intéressants pour mon BT. De fait, j'ai eu la chance de faire 5 semaines aux urgences pédiatriques. Là, j'ai remarqué que des parents n'étant pas sous l'influence de substances ou ayant un problème psychiatrique pouvaient devenir particulièrement violents (principalement au niveau verbal mais aussi au niveau de la posture) lorsqu'ils attendaient dans la salle d'attente. Si, pour ma part, je m'attendais à rencontrer de l'angoisse, de la peur, du stress chez ces parents, je ne m'attendais pas forcément à me retrouver confronté à des situations que l'on peut qualifier de violentes. J'ai eu des interactions avec des parents qui pratiquaient l'intimidation (disant qu'ils connaissaient des gens importants,...) pour pouvoir passer avant les autres parents alors que leur enfant ne nécessitait pas une prise en charge immédiate. J'ai aussi été confronté à des parents qui étaient très virulents au niveau verbal (n'hésitant pas à traiter des infirmières d'incapables, voir pire) lorsque le temps d'attente était élevé. Pour mes collègues, par contre, ce type de comportement semblait assez banal dans leur milieu de travail.

Afin de continuer dans le même milieu de soins, pour mon stage final j'avais décidé de me rendre dans un service d'urgences ; c'est d'ailleurs pour cela que j'ai pris la décision de faire mon BT sur le thème de la gestion de la violence dans un tel service. Après une première revue des écrits en liens avec cette problématique, il est apparu que c'était un sujet d'actualité et traité par des chercheurs appartenant à la discipline infirmière.

Lors de la première semaine de mon stage final aux urgences, ce qui m'a principalement « choqué » était que j'ai été confronté à plusieurs situations violentes principalement au niveau verbal. Cela s'est traduit par un non respect des règles élémentaires de politesse (pas de salutation d'usage, un langage très cru parfois,...), des attitudes agressives au niveau de la posture (plusieurs personnes viennent en même temps et de manière très proche demander de faire plus vite de façon agressive en vous touchant parfois,...) et du déni. Il y a une description intéressante, faites par des infirmiers et des psychologues, dans l'article, au titre évocateur : « La violence sur la scène des urgences » de Gansel, Grison-Curinier, Plet et Renault (2005). Ils y exposent aussi ce genre de scène :

La seconde scène se passe un soir de grande affluence. Une femme, d'âge moyen, est amenée par les pompiers pour une intoxication médicamenteuse volontaire. Son état somatique étant sans gravité immédiate, elle est placée en attente sur un brancard près du comptoir d'accueil. Son mari, qui l'accompagne, se montre tout de suite vindicatif, interpellant avec véhémence les soignants. "Elle va mourir, il faut faire quelque chose", dit-il, nullement rassuré par les explications formulées par le personnel. Puis il ajoute : "Faites attention, je n'ai pas peur d'aller en prison !", avant de frapper, sans guère plus de sommation, deux soignants. Ce n'est que l'intervention de l'ensemble de l'équipe qui permettra de le contenir physiquement avant que la police n'arrive. Cet agresseur est un homme d'une cinquantaine d'années, sans passé judiciaire notable et bien inséré socialement. Il dira, après coup, n'avoir "vu que des blouses blanches" et ne pas comprendre sa réaction. Il sera condamné en comparution immédiate à une peine de prison avec sursis loin d'être symbolique. (p. 10)

Lors de la pause qui séparait les 2 parties de mon stage final, un évènement similaire s'est produit dans le service où je travaillais. Un homme a amené son frère qui avait besoin de soins car il avait chuté et nécessitait quelques points de sutures au niveau de l'arcade sourcilière. Son frère a immédiatement été pris en charge. Dans la salle d'attente, l'homme s'est pourtant attaqué au réceptionniste, l'a frappé à plusieurs reprises et a été arrêté seulement grâce à l'intervention du personnel présent sur place. Après investigation, il a justifié son acte à cause du temps d'attente. Entre le moment où son frère a été pris en charge et celui où il a frappé il s'est écoulé un peu moins de 5 min. Et même si son frère avait du attendre plusieurs heures, il n'y a aucune justification pour agresser physiquement une autre personne.

Si ma formation m'a préparé théoriquement à faire face à ce genre de contexte de soins grâce à un module entier consacré à la violence, j'éprouve encore le besoin, comme futur professionnel travaillant peut être dans un service d'urgences, de comprendre les facteurs et ma problématique sera donc la suivante :

1. Quels sont les facteurs qui influencent la survenue de violence ;
2. La façon dont peu se manifester cette violence et les signes précurseurs ;
3. Les moyens à mettre en place pour y faire face.

Dans mon travail je ne vais pas prendre en compte les cas de violence venant de patient avec un passé psychiatrique ainsi que des personnes sous l'influence de substance ou de maladie altérant l'état de conscience tel que la maladie d'Alzheimer. Cela nécessiterait une masse trop importante de travail et les articles en parlant spécifiquement ne parlent pas de la violence aux urgences en général. Ce qui m'intéresse est cette violence ordinaire venant de gens ordinaires.

PROBLÉMATIQUES

Mon but principal est le suivant. Faire une recension des écrits en lien avec la violence dans un service d'urgence, de les étudier en détails, d'en ressortir les éléments les plus pertinents, de retranscrire ces résultats en français, afin de voir de qui vient cette violence, comment elle se manifeste (verbalement, physiquement,...) et surtout ce qui est fait au niveau infirmier afin d'y faire face. Ayant moi-même fait un stage aux urgences, il sera intéressant de comparer ce qui était proposé dans ce service pour gérer les situations de violence avec ce qui est préconisé par des travaux de recherches infirmières actuels.

QUESTION DE RECHERCHE

« Quels sont les facteurs qui influencent la survenue de la violence dans un service d'urgences, comment se manifeste-t-elle et avec quelles signes précurseurs et qu'est-il mis en place par le personnel infirmier pour y faire face ? »

La prochaine partie de ce travail va s'intéresser aux différents fondements théoriques permettant l'analyse et la compréhension des différents articles scientifiques sélectionnés pour cette revue de littérature étoffée.

FONDEMENTS THÉORIQUES

DÉFINITIONS ET EXPLICATIONS DES TERMES UTILISÉS

Afin de comprendre au mieux la question de recherche et ses implications, il est judicieux d'en expliquer les termes et de définir les concepts pouvant être utilisés lors de la recension des écrits.

VIOLENCE

La frontière entre la violence et l'agressivité est souvent très proche, du moins au niveau des définitions. L'organisation mondiale de la santé (1996) définit la violence comme suit :

La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal-développement ou des privations. (p. 5)

Kamchuchat, Chongsuvivatwong, Oncheunjit, Yip et Sangthong (2008) définissent la violence comme étant un incident où des infirmiers sont abusés, menacés, attaqués ou sujet à d'autres comportements offensifs dans les circonstances de leur travail, incluant des facteurs internes ou externes à leur travail et impliquant des actions implicites ou explicites pouvant atteindre leur sécurité, leur bien être et leur santé.

En se basant sur les écrits de Gbézo (2005), psychologue français spécialisé en violence sur le lieu du travail, on peut ressortir plusieurs formes de violence :

1. La violence verbale et les incivilités se manifestant par des insultes, des propos grossiers ou méprisants, des reproches, des menaces, des entorses aux règles de vie ou encore aux consignes de sécurité. Ce comportement prépare souvent au passage à l'acte de violence physique ;

2. La violence physique qui atteint l'individu dans son corps et porte atteinte à son intégrité physique ;
3. La violence psychologique qui porte atteinte, par sa répétition ou sa gravité, à la dignité ou à l'intégrité psychique ou physique d'une personne ou d'un collectif de travail. Elle peut revêtir différents aspects et se traduire par des humiliations, des menaces, du chantage, des accusations,... ;
4. La violence sexuelle qui se manifeste par des paroles, gestes et comportements à connotation sexuelle ou consiste à obliger, par divers moyens, une personne à avoir des relations sexuelles non-désirées.

AGRESSIVITÉ

Le mot « agressivité » vient du latin *ad-gressere* et signifie « aller au devant de l'autre » ou alors « attaquer ». Si l'on se réfère à l'ouvrage « Soins infirmiers. Psychiatrie et santé mentale » Mary C. Townsend définit l'agressivité à l'aide de Warren (1990) :

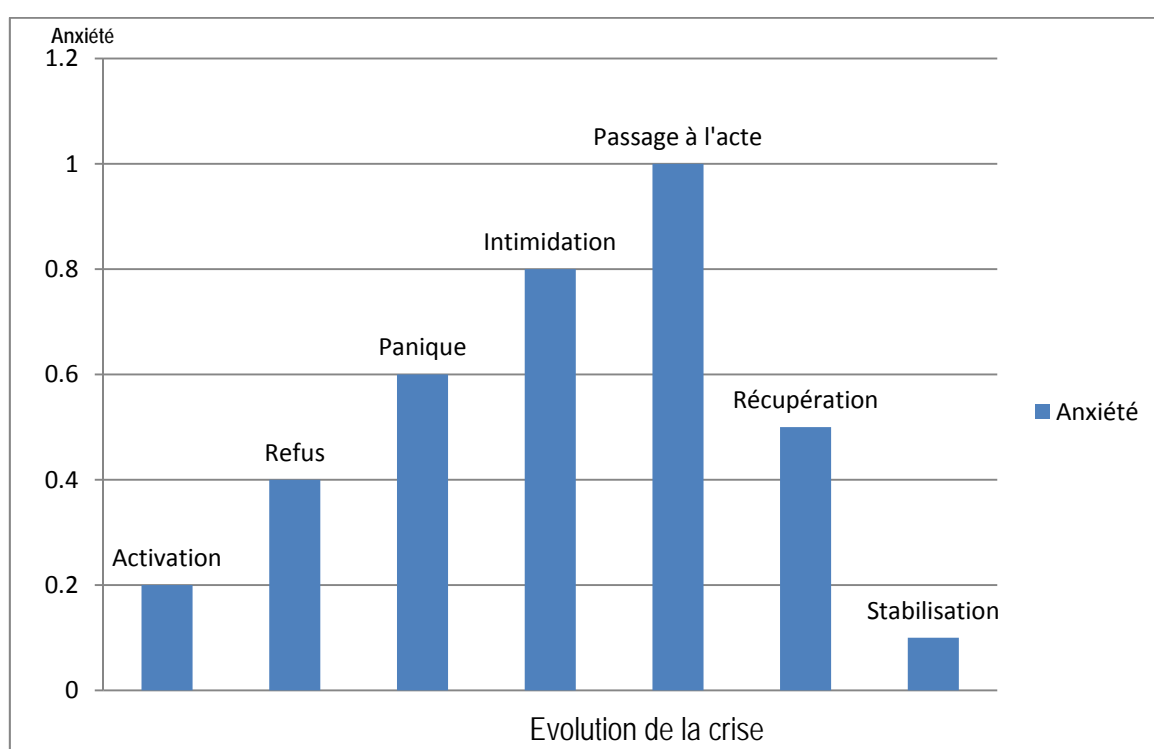
L'agressivité est un comportement destiné à menacer la sécurité ou l'estime de soi de la victime, ou à y porter atteinte. Qui dit agression dit menace, atteinte ou attaque. L'agressivité est une réaction qui vise à infliger une douleur ou une blessure à quelqu'un, ou à endommager quelque chose ; que l'individu utilise des mots, ses poings ou une arme, ce comportement toujours destiné à punir et s'accompagne souvent de manifestations d'amertume, d'ironie ou de méchanceté. La personne agressive est souvent animée d'un désir de vengeance. A long terme, l'agressivité a presque toujours des conséquences négatives. Même les gains à court terme qu'elle permet parfois de réaliser disparaissent avec le temps. (p. 152)

Toujours dans l'ouvrage de Mary C. Townsend (2004), elle ressort des comportements d'état de tension pré-agression qui se définissent à l'aide de Haven et Piscitello (1989) :

- Une activité psychomotrice excessive ;
- Une posture tendue ;
- Un air sombre ;
- Un affect provocant ;

- Des dents serrées ;
- Des poings fermés ;
- Une attitude querelleuse et exigeante ;
- Une élocution rapide et un ton de voix élevé ;
- Des défis et des menaces lancés au personnel.

Ses différents éléments peuvent être mis en lien afin de créer une courbe de développement de l'agressivité qui met en lien la montée de l'agressivité avec l'augmentation de l'anxiété. (Leclerc, 1992, p. 25) :



Donc, plus le degré d'anxiété monte, plus une personne va monter facilement dans l'enchaînement des événements menant à un passage à l'acte.

PYRAMIDE DES BESOINS DE ABRAHAM MASLOW

La pyramide des besoins est une théorie élaborée par Abraham Maslow¹, psychologue. D'après Amar et Guegen (2005) L'individu possède un ensemble de besoins et de

¹ Annexe 5.

motivations qui orientent ses actions. Ces besoins sont répartis dans une pyramide à 5 niveaux. A la base de la pyramide, on trouve les besoins physiologiques de base (manger, dormir, boire,...). Si ces besoins sont satisfaits, il y a apparition de nouveaux besoins, sécurité, appartenance, estime des autres, estime de soi et pour finir accomplissement personnel. Selon Maslow, il existe une hiérarchisation des besoins de l'organisme. La hiérarchisation de ces besoins découle de l'ordre d'apparition chronologique de ceux-ci chez l'être humain. Pour Maslow, le passage d'un niveau à un autre demande une grande somme d'énergie et des interactions sociales pour y parvenir. Il faut noter que le passage à un niveau supérieur de la pyramide permet de réévaluer les besoins des niveaux inférieurs.

Il est intéressant de mettre en lien les théories de Maslow avec la violence car certaines études montrent que le passage à l'acte violent pourrait s'expliquer par une non-satisfaction des besoins les plus primaires, principalement celui de sécurité, mais aussi les autres besoins primaires (sommeil, faim) à un niveau différent. Amar et Guegen (2005) dans leur travail sur Maslow nous apprennent que le comportement humain est guidé par le besoin le plus intense dans la situation présente.

Si l'on prend l'exemple des urgences, un patient ne connaissant pas cet endroit, ne comprenant pas ce qui se passe va avoir un besoin de sécurité important. Si ce besoin n'est pas assouvi, il va trouver des moyens pour se sentir à nouveau en sécurité (agressivité, passage à l'acte violent pour prendre le contrôle de la situation).

COPING

Il est bon de définir la notion de coping car elle est souvent utilisée, sans nécessairement la citer, dans les différents articles en lien avec la violence.

Selon Lazarus et Folkman (1984) il est bon de distinguer la notion de coping de celle d'adaptation. L'adaptation est un concept très large qui inclut la psychologie voir même la biologie de l'individu. L'adaptation inclut tous les modes de réactions des organismes vivants interagissant avec les conditions changeantes de l'environnement. Le coping quant à lui est un concept beaucoup plus spécifique.

Le coping se concentre uniquement sur les variations de l'environnement évaluées comme menaçantes ou stressantes. De plus, l'adaptation implique des réactions d'ajustement répétitives et automatiques, alors que le coping comprend des efforts cognitifs et comportementaux conscients, changeants, spécifiques et parfois nouveaux pour l'individu et pour l'espèce.

Le coping est défini par Lazarus et Folkman (1984) comme l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, déployés pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées par la personne comme consommant ou excédant ses ressources.

Il existe donc des stratégies de coping. Toujours selon Lazarus et Folkman (1984), le coping a 2 fonctions principales :

1. Il peut permettre de modifier le problème qui est à l'origine du stress ;
2. Il peut permettre de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème.

Selon Bruchon-Schweitzer (2001), le coping centré sur le problème vise à réduire les exigences de la situation et/ou augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face. Le coping centré sur le problème comporte 2 sous-facteurs, la résolution du problème et l'affrontement de la situation. Le coping centré sur l'émotion quant à lui vise à gérer les réponses émotionnelles induites par la situation. Lazarus et Folkman (1984) ont ressorti plusieurs stratégies ou processus de coping centrés sur l'émotion :

- Des processus d'ordre cognitif destinés à réduire la détresse émotionnelle (éviter, minimisation, acceptation, prise de distance, réévaluation positive) ;
- Des stratégies qui visent à augmenter la détresse émotionnelle (autoaccusation) ;
- Des efforts qui consistent à changer la façon dont la réalité est perçue par l'individu, sans essayer de la modifier ;
- Des stratégies qui ont pour effet indirect que la situation prend une nouvelle signification, (exercice physique, recherche de support émotionnel, méditation).

Endler (1997) a mis au point un modèle multidimensionnel intéressant qui met en lien stress, anxiété et coping¹. Il a intégré le stress et l'anxiété dans un modèle car ces 2 notions s'influencent mutuellement. Son modèle intègre la notion de coping (qui n'est pas cité explicitement), ce qui permet de faire face à des situations difficiles.

SERVICE D'URGENCES

Le service des urgences est très souvent la première porte d'entrée d'un hôpital. D'après les HUG (sd), c'est un service pluridisciplinaire, ouvert 24/24, 365 jours par an et qui répond aux besoins de santé urgents réels ou ressentis comme tels par les patients se présentant. De tel service ont, en général, plusieurs missions :

- Accueil, tri et orientation primaire des différents patients ;
- Médicalisation hors site de l'hôpital à l'aide du SMUR ou de la REGA ;
- Soins d'urgences et de réanimation ;
- Evaluation médicale, chirurgicale, psychiatrique, sociale,..., afin de traiter et d'orienter le patient vers une structure adéquate ;
- Informations aux patients, aux familles, aux proches.

A un niveau plus pratique, un patient se présentant dans un service d'urgences sera en premier lieu confronté à l'infirmier d'accueil et d'orientation qui va évaluer le degré d'urgences de la situation. Ensuite, suivant ce degré et la place disponible dans le service, le patient sera pris en charge de façon plus ou moins rapide. Plusieurs critères permettent d'évaluer une situation mais le plus important reste l'évaluation du risque vital pour le patient. Au niveau du nombre réel d'urgences dans une journée, les HUG (sd) présente les chiffres suivant :

- 3% degré d'urgence 1 (situation aigüe, intervention immédiate) ;
- 13% degré d'urgence 2 (situation urgente, prise en charge en moins de 20min) ;
- 67% degré d'urgence 3 (situation semi-urgente, prise en charge entre 20 et 120min) ;

¹ Modèle en annexe 3

- 17% degré d'urgence 4 (situation non urgente qui pourrait être prise en charge par le médecin traitant).

MÉTHODE

Afin de répondre à ma question de recherche, une première revue d'articles a été effectuée sur la banque de données PubMed / Medline. Ces recherches se sont étalées sur la période de août 2008 à mai 2009 en utilisant soit la combinaison de différents termes MeSH (ces termes sont des mots clefs répertoriés par PubMed) soit en faisant des recherches avec la fonction all database depuis PubMed qui permet de faire des recherches sur un grand nombre de bases de données touchant le domaine des soins mais d'autres spécialités plus éloignées des soins infirmiers.

La plus grande difficulté de cette recherche a été de choisir des articles pertinents parmi la masse très importante d'articles traitant de la violence soit en général soit plus spécifiquement au niveau des infirmiers des urgences. Le choix des articles doit aussi couvrir la totalité de la question de recherche. En conséquence, il faut avoir, avec les articles choisis, une vision globale et ne pas choisir que des articles spécifiques. La chance est qu'il y a un très grand nombre d'articles sérieux parlant de la violence envers les infirmiers des services des urgences mais aussi de la violence dans un hôpital en général. La multitude d'articles a permis de ressortir des critères d'inclusions très précis et de cibler au mieux la thématique de ce BT. Une première lecture a permis de prédéfinir 3 axes importants à traiter dans ce travail :

1. Quels sont les facteurs qui influencent la survenue de violence ;
2. La façon dont peut se manifester cette violence et les signes précurseurs ;
3. Les moyens à mettre en place pour y faire face.

Il est important d'avoir une vue d'ensemble de ce phénomène surtout pour nous francophones. En effet, la littérature spécialisée dans ce domaine est souvent en anglais. Faire une revue de littérature en français pourra, peut-être, permettre aux praticiens ne parlant que peu l'anglais de savoir où en est la recherche actuellement dans ce domaine

dans le reste du monde. Le grand nombre d'articles existant a permis de ressortir des critères d'inclusions et d'exclusion assez importants.

DEVIS DE RECHERCHE

D'après Loisel G. et Profetto-McGrath J. (2007) le devis de recherche est le plan global destiné à répondre à une question de recherche ; il s'agit notamment des spécifications destinées à améliorer l'intégrité de l'étude. Pour ce travail le choix a été fait de pratiquer une revue de littérature afin d'avoir une vision globale des écrits actuels afin de répondre au mieux à la question de recherche citée précédemment.

Pour répondre au mieux à la question de recherche, une recherche sur les bases de données en science infirmière sera effectuée afin de retenir les articles scientifiques les plus appropriés. Des critères d'inclusions et d'exclusions seront choisis afin de cibler au mieux les besoins pour cette étude.

La sélection de 13 à 15 articles pertinents, leur traduction et leur analyse permettraient de ressortir des résultats en lien avec le questionnement initial. Les résultats seront ensuite regroupés en 3 thématiques afin de rendre plus lisible l'ensemble des données des différents articles scientifiques. Ils seront ensuite commentés dans la partie de la discussion et comparés aux différents cadres théoriques et conceptuels présentés en début de travail.

CRITÈRES D'INCLUSION

- Articles scientifiques publiés il y a moins de 10 ans ;
- Langues : anglais, français ;
- Hôpital de soins aigus ;
- Articles faisant référence à un service d'urgences au moins une fois ;
- Articles traitant au moins 1 des 3 points suivants :
 - Facteurs influençant la survenue de violence ;
 - Manifestation de cette violence auprès des infirmiers des urgences et les signes précurseurs ;

- Moyens mis en place pour y faire face.
- Choix d'études de qualité comprenant un résumé, une méthodologie claire et un assez grand échantillon de population ;
- Pour cette étude sera privilégié les études qualitatives, quantitatives et les revues de littérature (les revues de littérature existantes sur cette thématique sont intéressantes car elles regroupent souvent des articles d'un même pays, ce qui permet d'avoir une vue globale et actualisée d'un pays en 1-2 articles) ne comprenant pas un article qui aura été choisi suivant les autres critères d'inclusions et d'exclusions.

CRITÈRES D'EXCLUSION

- Article traitant exclusivement de la violence venant de patients sous influence de substances (alcool, médicament,...), souffrant de pathologies psychiatriques ou de pathologies pouvant altérer l'état de conscience (Alzheimer, déshydratation,...) ;
- Articles traitant uniquement de la violence entre collègues de travail ou entre infirmiers et managers.

RÉSULTAT DES STRATÉGIES DE RECHERCHE

Pour les recherches sous Pubmed, les critères suivants ont été ajoutés pour chaque stratégie de recherche :

- Humans ;
- English ;
- French.

STRATÉGIE 1

[("Violence"[Mesh]) AND ("Emergency Nursing"[Mesh])]

Résultats: 280 articles dont les suivants ont été retenus :

- Hislop, E., Melby, V. (2003). The lived experience of violence in accident and emergency. *Accident and Emergency Nursing*, 11, 5-11 ;
- Crilly, J., Chaboyer, W., Creedy, D. (2004). Violence towards emergency department nurses by patients. *Accident and Emergency Nursing*, 12, 67-73 ;
- Lyneham, J. (2000). Workplace violence in New South Wales emergency departments. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 18, 8-17 ;
- Catlette, M. (2005). A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers. *Journal of Emergency Nursing*, 31, 519-525.

STRATÉGIE 2

[("Violence"[Mesh]) AND ("Emergency Service, Hospital"[Mesh]) AND ("Workplace"[Mesh])]

Résultats : 21 articles dont les suivants ont été retenus :

- Chapman, R., Styles, I. (2006). An epidemic of abuse and violence : Nurse on the front line. *Accident and Emergency Nursing*, 14, 245-249 ;
- Chapman, R., Styles, I. (2006). An epidemic of abuse and violence : Nurse on the front line. *Accident and Emergency Nursing*, 14, 245-249.

STRATÉGIE 3

[("Aggression"[Mesh]) AND ("Emergency Service, Hospital"[Mesh])]

Résultats : 67 articles dont le suivant a été retenu :

- Ferns, T. (2005). Violence in the accident and emergency department – An international perspective. *Accident and Emergency Nursing*, 13, 180-185.

STRATÉGIE 4

[("Violence"[Mesh]) AND ("Emergency Service, Hospital"[Mesh]) AND ("Education"[Mesh])]

Résultats : 153 articles dont les suivants ont été retenus :

- Deans, C. (2004). The effectiveness of a training program for emergency department nurses in managing violent situations. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 21, 17-22 ;
- Fernandes, C., Raboud, J., Christenson, J., Bouthillette, F., Bullock, L., Ouellet, L., Moore, C. (2002). The effect of an education program on violence in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 39, 47-55.

STRATÉGIE 5

[("Workplace"[Mesh]) AND ("Violence"[Mesh]) AND ("Nurses"[Mesh])]

Résultats : 38 articles dont le suivant a été retenu :

- Kamchuchat, C., Chongsuvivatwong, V., Oncheunjit, S., Yip, T., Sangthong, R. (2008). Workplace violence directed at nursing staff at a general hospital in Southern Thailand. *Journal of Occupational Health*, 50, 201-207.

STRATÉGIE 6

[("Health Personnel"[Mesh]) AND ("Violence"[Mesh]) AND ("Emergency Service, Hospital"[Mesh])]

Résultats : 222 articles dont le suivant a été retenu :

- Ayranci, U. (2005). Violence : Recognition, management and prevention. Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. *The Journal of Emergency Medicine*, 28, 361-365.

STRATÉGIE 7

[("Violence"[Mesh]) AND ("Workplace"[Mesh]) AND ("Nurses"[Mesh])]

Résultats : 38 articles dont le suivant a été retenu :

- Kwok, R., et al. (2006). Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*, 12, 6-9.

STRATÉGIE 8

La stratégie 8 diffère des 7 autres car il n'y a pas utilisation des termes de recherche Mesh mais seulement une recherche Pubmed avec des mots-clefs, ces mots sont les suivants :

- Violence ;
- Aggression ;
- Emergency ;
- Nurse.

Résultats : 130 articles dont le suivant a été retenu :

- Saines, J. (1999). Violence and aggression in A et E: Recommendations for action. *Accident et Emergency Nursing*, 7, 8-12.

RÉSULTATS

Après analyse des différentes données, Les résultats ont été classés suivant les 3 axes principaux définis précédemment. Ils seront, ici, présentés séparément. Les résultats donnés en pourcentage font référence à une recherche en particulier et ne sont pas reportable pour toutes les autres recherches car les populations interrogées ne sont pas identiques.

FACTEURS INFLUENÇANT LA SURVENUE DE LA VIOLENCE DANS UN SERVICE D'URGENCE

Afin de comprendre au mieux la problématique de la violence dans un service d'urgence il est pertinent, tout d'abord, de voir quels sont, s'il y'en a, les facteurs spécifiques dans ce service qui pourraient faciliter la survenue de violence venant des patients et accompagnants à l'encontre du personnel infirmier.

Un des facteurs qui ressort le plus dans les différentes études de cette revue de littérature, cité souvent de manière informelle, est le temps d'attente (Kamchuchat, Chongsuvivatwong, Oncheunjit, Yip et Sangthong ,2008 ; Gates, Ross et McQueen, 2006 ; Crilly, Chaboyer, et Creedy, 2004).

Dans l'étude sur les services d'urgences australiennes, menée par Lyneham (2000), le temps d'attente est considéré comme un facteur précipitant dans 85% des incidents violents. Ce temps d'attente comprend le temps pour entrer dans le service, pour voir un médecin, pour recevoir des examens, pour avoir le résultat des examens, le temps pour voir un médecin cadre et pour finir le temps d'attente pour avoir une chambre.

Pour tous ces auteurs le temps d'attente est souvent indépendant des infirmiers des urgences mais il ressort dans l'étude de Kamchuchat, Chongsuvivatwong, Oncheunjit, Yip et Sangthong (2008) que le temps entre le moment de l'ordre de soins donné par un

médecin et la pratique de ce soin par un infirmier peut aussi être un facteur aggravant si sa durée est trop élevée.

Cependant, pour tous ces auteurs, il n'y a pas de donnée précise sur la durée du temps d'attente « acceptable ». Crilly, Chaboyer, et Creedy (2004) se sont intéressés au temps moyen écoulé entre l'entrée dans les urgences et le passage à l'acte violent. Le temps moyen est de 66,2min. Pour avoir une comparaison, Lavoie et al. (1988) se sont intéressés à la même problématique et ont trouvé une durée moyenne de 60min avant le passage à l'acte que ce soit au niveau physique ou verbal.

L'apparition d'événements violents est plus présente durant certaines heures de la journée. Gates, Ross et McQueen (2006) ont prouvé qu'entre 19h et 7h du matin, il y a une augmentation de des actes de violence égale à 28%. Crilly, Chaboyer, et Creedy (2004) arrivent aussi à cette même déduction. Ils montrent que 37% des incidents violents se passaient entre 15h et 23h, alors qu'entre 23h et 7h ce taux monte à 43%. L'étude menée par Ayranci (2005) dans les services d'urgences turques arrive aux résultats suivants : les heures de travail les plus à risques sont entre 20h et 5h. En effet, 54,7% des incidents se produisent pendant ce laps de temps.

Il n'y a pas que le temps d'attente et l'heure de travail qui ressortent comme facteurs facilitant la survenue de violence. Le niveau de formation des infirmiers des urgences entre aussi dans l'équation complexe de la violence aux urgences. L'étude de Kamchuchat, Chongsuvivatwong, Oncheunjit, Yip et Sangthong (2008) s'est déroulée dans un hôpital universitaire et montre que les jeunes diplômés sans formation en gestion de la violence travaillant dans un service d'urgences sont plus exposés que les autres infirmiers plus expérimentés de ce service à des situations violentes. En comparaison, les infirmiers des urgences ayant suivis différentes formation (formation en communication, en psychologie, en gestion de comportement agressif et en sécurité personnelle) montrent un taux statistiquement plus bas d'actes de violence (physique ou non-physique) à leur rencontre.

D'ailleurs Deans (2004) arrive au même résultat et montre que suite à un programme d'entraînement en gestion de situation violente le taux d'incidents violents envers les

infirmiers des services d'urgences a diminué de 50% par rapport au taux précédent ce cours de formation.

Gates, Ross et McQueen (2006) se sont quant à eux concentrés sur les facteurs environnementaux qui ont pu contribuer à des agressions physiques d'infirmiers dans des services d'urgences. Le manque de personnel infirmier ressort dans 32% des actes de violence, le manque de personnel de sécurité dans 36% des cas et dans 32% des cas lorsque la zone des patients et de triage sont ouvertes au public.

Dans les services d'urgences australiens, Lyneham (2000) a pu faire un état des lieux des facteurs environnementaux facilitant la survenue de la violence. Elle ressort que 3% de ces services n'ont pas de service de sécurité et que 24% n'ont pas de portes sécurisées. Mais il faut aussi relever que 61% des infirmiers de ces services d'urgences ont un système d'alarme personnel et que 45% des services sont équipés de système de surveillance vidéo.

Un certain nombre de facteurs non-environnementaux sont cités comme facilitant la survenue de violence :

- Pour Kamchuchat, Chongsuvivatwong, Oncheunjit, Yip et Sangthong (2008), les problèmes de communication entre membres des urgences et patients reviennent dans 55,7% des cas, l'angoisse du patient à 51,4%, les situations d'urgence stressantes pour le patient et ses accompagnants dans 50,5% des cas, l'anxiété à 42,9% et la douleur des patients à 42,9% ;
- Lyneham (2000) cite les facteurs socio-économiques (mais sans préciser exactement lesquels) comme entrant en jeu dans 62% des actes de violence.

Pour clore cette partie, Crilly, Chaboyer, et Creedy (2004) montrent aussi que 68% des actes violents sont perpétrés par des patients ayant été classés en catégorie III ou IV par la personne au triage.

MANIFESTATION ET SIGNES PRÉCURSEURS DE LA VIOLENCE

Cette section a pour but de centraliser les données des différents articles sur la façon dont se manifeste la violence que ce soit au niveau physique ou non-physique. Par contre il y a très peu de données dans les études menées sur le phénomène de violence aux urgences sur les signes précurseurs qui peuvent signaler une action violente imminente.

Commençons par les résultats sur le type de violence avant de parler des effets sur les infirmiers. La violence à l'encontre des infirmiers est un phénomène courant et répandu dans les services d'urgences. Comme le montre Lyneham (2000), tous les infirmiers des urgences ont été confrontés à une forme de violence dans leur carrière. Elle s'est aussi intéressée aux différents types de violence rencontrés par ces infirmiers durant un mois de travail dans les services d'urgences australiens :

- 58% disent avoir été confronté à de la violence verbale ;
- 56% à des abus de langage au téléphone ;
- 29% ont subi de la violence physique ;
- 14% ont subi de l'intimidation physique.

En comparaisons Kamchuchat, Chongsuvivatwong, Oncheunjit, Yip et Sangthong (2008) montrent que 46% des infirmiers (toutes spécialités confondues) ont été exposés, pendant leur 6 derniers mois de travail, à de la violence verbale et 6,4% à de la violence physique. Ces chiffres augmentent de 80% pour le service des urgences.

Dans leur étude sur la violence aux urgences, Kwok et al. (2006), ont montré que 100% des infirmiers des services d'urgences ont expérimenté au moins une situation violente pendant les 12 mois précédents leur étude. Les différents types de violence se répartissent comme suit :

- 73% de violence verbale ;
- 45% d'intimidation ;
- 20% violence physique ;

- 10% de harcèlement sexuel.

Saines (1999) démontre que 87% des infirmiers urgentistes ont été confrontés à de la violence verbale durant les 6 derniers mois de travail.

Gates, Ross et McQueen (2006) se sont aussi centrée sur la violence physique et non-physique et obtiennent les mêmes résultats que l'étude de Kwok et al. (2006) mais ont aussi exploré une forme différente de violence, le harcèlement sexuel. Leur étude montre que 44% des infirmières des urgences ont subi, au cours des 6 derniers mois, un acte de harcèlement sexuel venant d'un patient et 21% venant de l'entourage d'un patient.

Le travail de Crilly, Chaboyer et Creedy (2004) montre que sur une durée de 5 mois, il y a eu 110 incidents rapportés de violence à l'encontre des infirmiers des urgences, 53% étant des incidents de violence verbale (injures, menaces, intimidations) et 26% mêlaient de la violence verbale et physique (se faire pousser, frapper, gifler,...). Il est à noter que dans 50% des cas de violence verbale les patients n'étaient pas sous influence d'alcool, de drogue ou de maladie pouvant altérer le jugement ni dans un état de douleur aiguë.

La violence a des répercussions sur les infirmiers tant au niveau physique qu'émotionnel. Les différentes études de Kamchuchat, Chongsuvivatwong, Oncheunjit, Yip et Sangthong (2008), Hislop et Melby (2003), Ferns (2005) et Gates, Ross et McQueen (2006) ont pu ressortir des conséquences suivantes de la violence sur les infirmiers des urgences :

- Augmentation du stress au travail ;
- Angoisse ;
- Perte de self-control ;
- Baisse de l'estime de soi ;
- Sentiment de frustration ;
- Sentiment d'impuissance ;
- Peur d'aller au travail ;

- Sentiment d'isolement (les infirmiers ne se sentent pas soutenus ni compris par les administrations).

Toutes ces conséquences sont citées par les infirmiers interrogés. Mais Chapman et Styles (2006) vont plus loin en étudiant précisément les conséquences de cette violence à l'encontre des infirmiers. Ils montrent que la violence physique et non-physique a une incidence importante sur les performances au travail. Il y a une augmentation de 52% des erreurs suite à une exposition à une forme de violence, une baisse de morale pour 51% des infirmiers, une baisse de productivité dans 40% des cas et surtout une augmentation de travail pour les collègues infirmiers dans 45% des suites d'incidents violents.

Il existe aussi des données précises qui différencient les conséquences de la violence suivant que celles-ci soient physiques ou non-physiques. Les infirmiers interrogés par Fernandes et al. (2002) ont pu décrire les conséquences de la violence verbale sur eux :

- Augmentation de l'irritabilité (45,9%) ;
- Augmentation de l'angoisse au travail (18,9%) ;
- Sentiment de bouleversement (17,6%).

Au niveau de l'impact de la violence physique ils ressortent les éléments suivants :

- Augmentation de l'irritabilité (29,9%) ;
- Sentiment de bouleversement (21,5%) ;
- Peur d'être seul avec un patient (18,7%).

Pour avoir une idée plus précise de ce phénomène, Gates, Ross et McQueen (2006) ont pu prouver que 26% des infirmiers des services d'urgences étudiés ne se sentent pas en sécurité au travail et que seulement 1% des infirmiers se sentent toujours en sécurité.

En comparaison, Lyneham (2000), démontre que 77% des infirmiers des urgences ressentent parfois un sentiment de peur en allant sur leur lieu de travail et 17% ressentent souvent un sentiment de peur.

Cette peur d'aller au travail et ce manque de sécurité ont été étudiés par Catlette (2005) en questionnant des infirmiers et une thématique récurrente est ressortie de ces entretiens. Cette thématique est la vulnérabilité. Ce sentiment arrive quand les infirmiers ne se sentent plus en sécurité dans leur service. Ce sentiment est renforcé lorsque les accompagnants des patients deviennent impatients, très demandeurs voire même agressifs.

La violence a des conséquences sur les infirmiers au niveau émotionnel comme montré précédemment. Mais elle a aussi des répercussions au niveau du travail quotidien dans un service d'urgence en faisant perdre du temps de travail aux différents infirmiers victimes de violence. Fernandes et al. (2002) se sont intéressés à cette perte de temps. 72% des infirmiers estiment avoir perdu 30 min de travail, 11% entre 30 min et 1h, 9% entre 1h et 2h, 4% plus de 2h sur la journée de travail durant laquelle est survenu l'acte de violence. Les infirmiers ont aussi indiqué des impacts sur leurs comportements.

Mais plus qu'une perte de temps de travail, la violence physique a des conséquences plus graves sur la santé des infirmiers. Parfois ces agressions entraînent des arrêts de travail prolongés. En moyenne, ces arrêts ont une durée comprise entre 1 et 3 jours selon Gates, Ross et McQueen (2006).

Quant aux signes précurseurs ressortis par les études, il y en a très peu. Il y a 2 signes précurseurs qui ont pu être ressortis par les infirmiers agressés, ce sont des comportements très demandeurs et des patients extrêmement exigeants (Gates, Ross et McQueen, *ibid.*). Très peu d'études se sont intéressés à savoir quels étaient les signes précurseurs de la violence car ils sont déjà cités et référencés dans les différentes théories de l'agression¹.

MOYENS MIS EN PLACE POUR FAIRE FACE À LA VIOLENCE

Il y a une multitude d'actions mise en place ou qui est recommandée dans les différents services d'urgences étudiés. La plupart des études donne, après analyses de leurs

¹ Townsend, M. (2004). *Soins infirmiers. Psychiatrie et santé mentale*. Québec. ERPI.

données, des pistes d'actions ou de recherche pour l'avenir. Une des thématiques récurrentes dans les articles scientifiques infirmiers est le besoin de formation en gestion de la violence pour les infirmiers des services d'urgences (ainsi que pour les autres professionnels des urgences) et c'est un moyen courant pour faire diminuer l'incidence de la violence dans les services d'urgences. Deans (2005) a étudié si un programme de formation en gestion de la violence avait pu améliorer les connaissances en lien avec la violence des infirmiers et si ce programme a pu les aider à gérer de manière plus efficace les situations de violence sur leur lieu de travail. Ce cours avait les objectifs suivants :

- Etre conscient de son environnement de travail et de ses responsabilités ;
- Comprendre quels types de comportement peuvent engendrer une réaction violente (au niveau physique ou non-physique) ;
- Etre conscient de ses forces et faiblesses ainsi que de celles de ses collègues ;
- Comprendre les causes et les différents types d'agression ;
- Comprendre les réponses et les options appropriées face à la violence ;
- Etre conscient des facteurs qui influencent la communication ;
- Démontrer l'efficacité des techniques d'esquive, de désamorçage et de déflexion ;
- Démontrer l'efficacité des techniques d'escorte et de sécurisation.

Cette étude montre que la formation a des effets statistiquement significatifs au niveau de l'aide pour l'acquisition de nouvelles connaissances et sur la manière de gérer des situations violentes dans le service des urgences. Cette formation a aussi pu montrer son aide quant à la découverte des capacités personnelles pour gérer une situation violente et a permis d'être conscient de ses forces et de ses faiblesses mais aussi de celles des autres membres de l'équipe soignante. Par contre, l'étude n'a pas montré de manière significative l'incidence de cette formation sur la diminution des actes de violence mais montre une meilleure gestion de ceux-ci.

En comparaison, Fernandes et al. (2002) ont aussi regardé si un effort de formation¹ pouvait avoir une incidence sur la survenue de violence. Ils ont regardé le taux de

¹ Programme basé sur le PMABP

violence avant la formation, 3 mois après et enfin 6 mois plus tard. Pour la violence verbale (154 rapports d'acte de violence verbal avant la formation), elle a diminué de plus de 60% (58 rapports) 3 mois après le cours de formation en gestion de la violence. Ce taux est ensuite remonté à 111 rapports à 6 mois. Au niveau de la violence physique, il y a eu 49 rapports avant la formation, 19 rapports à 3mois et 46 à 6 mois.

Cette étude montre qu'il y a une diminution initiale de la violence puis une légère augmentation pour la violence verbale et le retour aux statistiques de départ pour la violence physique. Un programme de gestion de la violence permet de diminuer la survenue de violence verbale en enseignant des actions visant à anticiper la survenue de cette violence. Il y a aussi un plus grand sentiment de sécurité suite à un programme de formation, même lorsque que le niveau de violence remonte. La perception d'un environnement sûr de travail augmente le moral du personnel infirmier et de ce fait, peut aider à avoir une réponse appropriée aux épisodes de violence. Il serait aussi bénéfique de déterminer les besoins et le contenu d'un programme de formation continu en gestion de la violence (Fernandes et al. Ibid.).

Il est à noter que Kamchuchat, Chongsuvivatwong, Oncheunjit, Yip et Sangthong (2008) ont aussi remarqué une diminution de 40% du niveau de violence verbale chez les infirmiers ayant été formés en gestion de la violence.

Le besoin de formation continue en gestion de la violence est préconisé de façon quasi unanime. (Gates, Ross et McQueen, 2006 ; Chapman, 2006 ; Deans, 2004 ; Saines, 1999 ; Crilly, Chaboyer et Creedy, 2004 ; Catlette, 2005 ; Lyneham, 2000)

Sur la multitude d'auteurs, il y a quelques recommandations qui sont citées presque unanimement. La principale est la favorisation du rapport des incidents de violence. Les auteurs préconisent de favoriser le rapport des incidents de violence par les infirmiers afin de rendre le phénomène de violence subit le plus visible possible car actuellement il y a un sous-rapport des incidents de violence ce qui montre des statistiques basses et qui ne reflètent pas précisément le phénomène de violence (physique ou non-physique) dans les services d'urgences. (Kamchuchat, Chongsuvivatwong, Oncheunjit, Yip et Sangthong, 2008 ; Chapman, 2006 ; Deans, 2004 ; Lyneham, 2000 ; Catlette, 2005)

Kamchuchat, Chongsuvivatwong, Oncheunjit, Yip et Sangthong (2008) ont montré que 73% des infirmiers interrogés ne dénoncent pas la violence physique ou non-physique à leurs supérieurs hiérarchiques.

Gates, Ross et McQueen (2006) ont étudié plus en profondeur ce phénomène de non-rapport et montrent que le taux de rapport des actes est très bas. L'équipe infirmière répond qu'elle n'a pas le temps de remplir les papiers nécessaires. Comme la majorité des agressions ne crée pas de blessures sérieuses, l'équipe accepte ces assauts, rapporte que cela ne sert rien de faire des rapports d'incident et que cela ne fera pas de différence. Il faut donc favoriser le rapport de ces actes de violence afin de documenter les risques subis par les infirmiers. Cela va permettre de créer des plans d'intervention et de réduire l'incidence de la violence dans les services d'urgences.

Pour Ferns (2005) le non-rapport est causé par :

- Le manque de temps accordé aux infirmiers pour remplir les documents de rapport d'incidents ;
- Le fait de croire qu'avoir été victime de violence (physique ou non-physique) est une faute professionnelle et que le rapporter peut nuire à sa carrière ;
- La peur des représailles de la part des patients.

Il ne faut pas simplement favoriser le rapport, il faut aussi créer une structure permettant de contrôler que tous ces actes de violence sont rapportés et répertoriés. (Crilly, Chaboyer et Creedy, 2004)

Hilsop et Melby (2003) recommandent quant à eux de rendre les actions, effectuées par les administrations en lien avec la gestion du phénomène de violence, plus visible auprès du personnel infirmier. Un grand nombre d'infirmiers ne rapportent pas les incidents de violence puisqu'ils pensent que cela ne changera. Comme ils ne voient pas les retours suites à ces rapports, ils ne rapportent simplement plus les actes de violence. Une meilleure visibilité de la part des cadres, quant aux actions que ces rapports permettent de créer, ne pourrait être que bénéfique.

Comme cité dans la première partie des résultats, le temps d'attente est un facteur influençant la survenue de la violence. Des actions à ce niveau sont préconisées pour lutter contre la violence. D'après Gates, Ross et McQueen (2006), Les administrations devraient tendre à diminuer le temps d'attente ou si cela n'est pas possible, offrir un lieu d'attente adéquat et sécuritaire et assigner du personnel avec des compétences spécifiques pour maintenir la communication avec les patients de la salle d'attente. Saines (1999) et Lyneham (2000) arrivent aux mêmes conclusions mais proposent de mieux doter en personnel (infirmiers, médecins, techniciens,...) les services d'urgences afin de diminuer ce temps d'attente. Pour Crilly, Chaboyer et Creedy (2004) il faut que chaque service d'urgence examine le besoin adéquat en personnel infirmier au triage. En effet, l'idée d'augmenter la dotation en personnel au triage permettrait de gérer à la fois le tri des patients mais aussi les patients en attente. Gates, Ross et McQueen (2006) proposent de mettre en place une structure permettant d'aider les patients ayant de difficultés à gérer leur stress et devenant violent en employant des travailleurs sociaux ou des professionnels de la santé. Ces professionnels, formés notamment à la gestion de la violence, pourront conseiller et accompagner les patients dans les situations de crises aux urgences. Toutes ces mesures ont des coûts mais, comme le montre Gulland (1997), les coûts engendrés par des mesures de sécurité seront compensées par la réduction des coûts dus aux absences du personnel suite à des maladies et à l'absentéisme.

Dans les moyens à mettre en place pour faire face à la violence, la recherche scientifique est souvent relevée. Tous les auteurs le montrent, c'est en connaissant précisément le phénomène de violence dans les services d'urgences que des actions précises pourront être mises en place. Parmi les pistes de recherches citons les suivants :

- Investiguer en profondeur le phénomène de violence dans les services d'urgences (Chapman, 2006) ;
- Mener une étude de faisabilité sur l'installation d'un système d'alarme : soit un système d'alarme fixe avec des boutons d'alerte positionnés stratégiquement et/ou un système d'alarme personnel d'appel d'assistance (Saines, 1999) ;
- Définir de manière claire la violence aux urgences afin que toutes les futures recherches prennent la même définition et qu'elles puissent être comparées entre elles. Inclure toutes personnes se trouvant dans les services d'urgences pour voir

exactement de qui vient la violence et ne pas étudier seulement la violence venant des patients et des accompagnants (Crilly, Chaboyer et Creedy, 2004) ;

- Mener des études spécifiques à chaque service d'urgence (Lyneham, 2000).

Souvent il n'y a pas de politique intra-hospitalière claire sur la violence dans les services d'urgences. Une piste d'action serait donc de clarifier la politique et la législation vis-à-vis de la violence à l'encontre des infirmiers et de tous les autres travailleurs des urgences (Saines, 1999 ; Crilly, Chaboyer et Creedy, 2004 ; Deans, 2004 ; Catlette, 2005). Avoir une politique définie en gestion de la violence permet de mettre en place des explications dans les zones sensibles sur les standards de comportement attendus par les patients et leurs accompagnateurs et les sanctions encourues pour le non-respect de ces comportements (Saines, 1999). Lyneham (2000) propose de mettre en place un service de support légal pour les personnes victimes de violence afin d'effectuer des actions en justice à l'encontre des agresseurs.

Afin de lutter au mieux contre la violence, il y a des mesures à prendre au niveau de la sécurité. Ces mesures qui ont eu des effets bénéfiques sont les suivantes :

- Mise en place d'un service de sécurité, présent en tout temps, spécialisé en gestion de la violence dans un service d'urgence (Chapman, 20006 ; Saines, 1999 ; Crilly, Chaboyer et Creedy, 2004 ; Catlette, 2005 ; Lyneham, 2000) ;
- Une meilleure collaboration avec les services de polices doit être instaurée afin de créer un système de liaison rapide, des procédures d'intervention spécifiques et des mesures de soutien (Chapman, 2006 ; Saines, 1999 ; Lyneham 2000) ;
- Mise en place d'un système de surveillance vidéo à l'intérieur du service des urgences (Saines, 1999 ; Lyneham, 2000).

Les infirmiers des urgences sont souvent les mieux placés pour savoir ce qui doit être modifié prioritairement dans leur service. Catlette (2005) montre qu'il est primordial d'écouter les propositions venant des infirmiers concernant la sécurité sur leur lieu de travail.

Pour conclure, Lyneham (2000) montre des actions d'information destinées aux infirmiers des autres services que celui des urgences sur les fonctions, les rôles et les responsabilités des infirmiers des urgences pourrait réduire les tensions lors de contacts téléphoniques ou lors de transferts de patients.

DISCUSSION

Dans ce chapitre, la qualité des recherches et des résultats obtenus sera discutée, la pertinence de ceux-ci et leur mise en lien avec les différents cadres de références.

DISCUSSION DES RÉSULTATS DES DIVERSES ÉTUDES

Au total, treize recherches sont étudiées dans cette revue de littérature scientifique. En tout, sept recherches ont présenté un modèle d'étude quantitatif, trois un modèle qualitatif et en tous trois revues de littérature qui sont composées en quasi-totalité d'études quantitatives. Dans le milieu de la recherche sur la violence dans les services d'urgences, il y a une très forte majorité d'études quantitatives. En observant de plus près l'échantillon de population, on peut remarquer que pour ces études quantitatives, c'est un total de 2244 infirmiers qui ont été interrogés. Pour les études qualitatives, le total d'infirmiers questionné est de 51. Il n'y a pas de données précises pour le nombre de personnes prises en compte dans les revues de littérature.

Sur la totalité des études, il n'y en a qu'une seule qui a utilisé plusieurs méthodes de recherche, quantitative puis qualitative après l'obtention des premiers résultats, c'est celle de Kamchuchat, Chongsuvivatwong, Oncheunjit, Yip et Sangthong, (2008). Les données statistiques obtenues dans la partie quantitative ont permis d'élaborer des interviews en adéquation avec les problématiques actuelles du service d'urgences étudié.

Certains chercheurs, à l'instar de Hislop et Melby, (2003) et de Catlette, (2005), ont suivi le chemin inverse. Ils ont effectuées une recherche qualitative afin d'avoir une description du vécu de la violence par les infirmiers des urgences pour mener par la suite une étude quantitative de manière ciblée sur les besoins réels de ceux-ci.

Les revues de littérature permettent d'avoir un regard large sur les recherches actuelles mais ne sont pas toujours le reflet de la réalité des urgences de tous les pays. Elles permettent de voir ce qui a été mis en place ailleurs et de comparer les actions visant à limiter la violence dans les services d'urgences. Dans une partie des études

quantitatives, une revue de littérature a été préalablement effectuée afin de pouvoir par la suite comparer les résultats obtenus et les différentes méthodes de collecte de données.

Toutes les études ne traitaient pas exclusivement de la violence envers les infirmiers dans les services d'urgences mais aussi dans l'ensemble de l'hôpital. Par contre elles ont toutes été composées d'une partie comprenant des chiffres se rapportant spécifiquement aux infirmiers urgentistes. Elles permettent d'avoir une vue d'ensemble des différents services à risque d'un hôpital de soins aigus. Par contre, toutes les revues de littératures ainsi que les études qualitatives étaient exclusivement centrées sur les infirmiers des services d'urgences. Cela a permis, grâce à ces études qualitatives, d'avoir un état des lieux du vécu de la violence par les infirmiers.

Chaque auteur a une définition différente de ce qu'est la violence dans un service d'urgences et n'y inclue pas les mêmes critères, ce qui constitue un grand problème dans la mise en place d'une revue de littérature. Il est parfois peu aisé de comparer ces études car elles se basent peut être sur les mêmes problématiques mais pas sur les mêmes définitions. D'ailleurs, comme le ressortent très bien Crilly, Chaboyer, et Creedy (2004), il faut, pour les prochaines recherches, qu'une définition unanime soit trouvée pour le phénomène de violence. Elle définira précisément ce qu'est la violence verbale ou physique, le harcèlement sexuel et tout ce qui tourne autour de la problématique de la violence dans les services d'urgences, y compris de qui elle vient.

Il y a, hélas, très peu d'études qui ont été plus loin que la recommandation de mesure à prendre. Il serait intéressant que les auteurs ayant mené des recherches, émis des propositions et mis en place ces dernières fassent à nouveau la même étude mais 3 mois, 6 mois et 1 an après la mise en place de ces mesures afin de voir si effectivement ces mesures sont efficaces et si elles le sont sur la durée.

INFLUENCE DU TEMPS D'ATTENTE

La problématique du temps d'attente est récurrente, elle est apparemment commune à tous les services d'urgences. Les auteurs de toutes origines en parlent.

C'est un facteur qui paraît évident dans l'apparition de la violence aux urgences et qui est souvent cité comme cause d'une interaction violente avec les infirmiers (qu'elle soit physique mais surtout verbal notamment au niveau de la zone de triage). Il ne faut pas oublier que le temps d'attente ne comprend pas seulement le temps passé dans la zone de triage, mais aussi le temps pour voir ensuite un médecin, celui pour recevoir des examens et d'attente des résultats de ces derniers, le temps d'attente pour voir un médecin cadre et parfois celui pour avoir une chambre d'hospitalisation. Nous sommes dans un monde de consommation rapide et peut être difficile à rendre compréhensible, de la part des patients et des accompagnants, de devoir attendre avant de voir un médecin. Il est aussi du devoir des administrations de mettre en place des structures accueillantes qui tendent à diminuer le temps d'attente des patients. Un moyen de lutter contre la violence est de rendre l'attente plus supportable. Le service des urgences est un endroit stressant et souvent peu connu des patients. Il y a différents moyens qui peuvent être mis en place pour diminuer le stress des patients et accompagnants. Gates, Ross et McQueen (2006) proposent qu'en plus de l'infirmier qui s'occupe du triage, un autre infirmier ou un travailleur social, assiste ce dernier en gérant plus spécifiquement les patients en attente d'entrée dans les urgences. Cette personne supplémentaire devrait être formée à la gestion de la violence et en accompagnement pour permettre, si l'on se réfère à la théorie de Lazarus et Folkman, (1984), aux patients d'adopter des stratégies de coping adaptées à chaque situation. Elle pourrait utiliser le WCC¹ (the ways of coping check-list) de Folkman et Lazarus (1980) afin de voir quelles stratégies de coping les patients utilisent et s'ils ont besoin d'une aide afin d'en trouver une plus adéquate. Pour rappel, le WCC isole 3 types de coping :

- Celui centré sur le problème ;
- Celui centré sur l'émotion ;
- La recherche de soutien social.

L'ajout d'un tel professionnel à la porte d'entrée des urgences pourrait permettre de détecter les patients à risque et de leur permettre de vivre de façon plus adaptée leur passage dans le service d'urgence.

¹ Voir annexe 2.

Il est important de relever que le temps d'attente est toujours le minimum compte tenu des moyens mis à disposition par les institutions. Afin de réduire encore ce temps, il faut des moyens plus importants et forcément plus coûteux (Saines, 1999).

Crilly, Chaboyer et Creedy, (2004) montrent que 68% des actes de violence sont commis par des patients ayant été répartie en catégorie III ou IV au niveau du triage. Ce qui veut dire qu'ils vont devoir attendre un certain temps avant de voir un médecin puisque leur état était jugé stable et ayant un faible degré d'urgence. Ce sont donc les patients qui vont attendre probablement le plus longtemps et voir des patients avec un degré d'urgence plus importants leur passer devant (comme montré plus haut, il y a un lien évident entre le temps d'attente et la survenue de violence). Il faut expliquer de manière claire aux patients ces catégories et l'influence qu'elles peuvent avoir sur l'attente. Kamchuchat, Chongsuvivatwong, Oncheunjit, Yip et Sangthong, (2008) ont montré l'importance que de la mauvaise communication entre infirmiers et patients peut avoir dans la survenue de la violence. La bonne communication doit déjà commencer au niveau de la zone de triage. Les patients doivent être informés régulièrement de la situation et du temps d'attente probable. Parfois, avec la charge de travail élevée de l'infirmier de triage, cela n'est pas possible. Un service d'urgences mieux doté en personnel ou l'adjonction d'un professionnel susmentionné supplémentaire (travailleur social, infirmier,...) permettrait d'améliorer la communication et peut être de réduire la survenue de violence au niveau de la zone de triage mais aussi dans le service même des urgences après.

La gestion du temps d'attente est un point où les équipes médicales et les administrations peuvent agir, mais cela demande un effort financier. Il faut mettre en balance le facteur économique et la survenue de la violence probablement due à l'augmentation du temps d'attente moyen. C'est aussi en expliquant aux patients le pourquoi de leur attente que les tensions dues à ce phénomène pourront peut-être diminuer.

LA FORMATION

Pour l'association américaine des infirmiers d'urgences (2006), il faut absolument mettre en place des programmes de formation en gestion et prévention de la violence car une partie du personnel des urgences n'a pas été formé pendant sa carrière. Il faut aussi un programme de formation continue afin de maintenir les connaissances à jour, de s'exercer à la gestion de situation violente et aux réponses adaptés (entraînement à l'évaluation des risques, auto-défense, techniques de désamorçage, d'affirmation de soi, de gestion du stress et de la colère).

D'ailleurs le Conseil international des infirmières (2006) dans sa prise de position sur les abus et violences à l'encontre du personnel infirmier encourage fortement les différentes associations d'infirmiers à tout mettre en œuvre pour que les institutions de soins mettent en place des programmes de formations en gestion de la violence et des programmes de formation continue.

La formation doit déjà commencer dans les centres de formation des futurs infirmiers mais doit absolument se poursuivre par la suite suivant les services où les infirmiers vont travailler. Comme montrer dans l'étude de Kamchuchat, Chongsuvivatwong, Oncheunjit, Yip et Sangthong, (2008), les infirmiers formés en gestion de la violence sont moins souvent victimes d'abus verbaux (diminution de 40% par rapport aux personnes non formés) car ils sont formés aux différentes techniques de désescalade ou alors ils sont plus sensibles aux différents signes précurseurs.

Les bénéfices de ces formations sont visibles et rapides. Deans (2004) et Frenandes et al. (2002) ont montrés qu'un programme de formation de quelques jours a des effets bénéfiques sur la diminution de la violence verbale et physique dans les mois qui suivent celle-ci. Par la suite la violence physique revient sensiblement au niveau d'avant la formation mais les infirmiers ont tendances à mieux gérer ces situations et ont un sentiment de sécurité plus important. D'ailleurs, ces auteurs recommandent aussi de pratiquer une politique de formation continue pour tenir à jour les connaissances acquises dans les cours de formation de base.

Ces différentes formations pourront aussi apporter aux infirmiers des techniques en lien avec la notion de coping afin de mieux gérer ces situations à risque et à surmonter ces incidents. Mais une formation doit aussi offrir des moyens permettant d'évaluer le niveau d'agressivité d'une personne. Le modèle de Leclerc (1992) est intéressant à ce niveau, car il mêle augmentation de l'anxiété et montée en agressivité. Faire des débriefings après un incident afin d'analyser les situations à l'aide de ce modèle ou de celui d'Endler (1997) pourraient permettre de mieux appréhender de futures situations à risque. Le modèle d'Endler (1997) permet de décortiquer une situation de violence afin de voir ce qui a pu engendrer cette situation. C'est en étudiant et en débriefant des situations que les mécanismes de ces interactions conflictuelles peuvent être compris.

Certains hôpitaux se sont fournis en outils et en de fiches techniques informant le personnel infirmier des différentes étapes dans la montée de l'agressivité. C'est notamment le cas pour le service des urgences de l'Hôpital Fribourgeois. Ces fiches techniques indiquent quel comportement est en relation avec quel niveau d'agressivité et quelles actions peuvent ou doivent être entreprises¹ :

1. Personne agitée (se promène, fait du bruit) → je suis anxieux → écoute active et communication constructive ;
2. Personne perturbatrice (crie, dérange, frappe des objets) → j'ai besoin d'attention → écoute active et communication constructive ;
3. Personne destructrice (lance et brise des objets) → je vais perdre le contrôle → aider à garder le contrôle et communication constructive ;
4. Personne dangereuse (frappe elle-même ou les autres) → j'ai perdu le contrôle → contrôle verbal et physique non abusif ;
5. Situation létale (menace avec une arme) → je contrôle ma raison → pas de précipitation et négocier.

D'ailleurs Crilly, Chaboyer et Creedy, (2004), ont ressorti comme facteur commun à un grand nombre d'interactions violentes, un grand besoin d'attention de la part des patients ou accompagnants comme le montre le deuxième point. Des formations poussées et régulières vont permettre de détecter ces signes précurseurs et d'agir de

¹ Hôpital Fribourgeois. Violence : prévention et gestion des situations, fiche 1 et 2, technique de soins des urgences, 2008.

manière efficace afin de ne pas arriver jusqu'au niveau de l'agression physique ou non. Ces signes précurseurs sont connus et ne sont pas spécifiques uniquement aux agressions dans les services d'urgences. La reconnaissance de ces signes est primordiale afin de détecter au plus vite une situation potentiellement dangereuse. On peut citer les signes précurseurs, à l'aide de Townsend (2004) suivant en plus de ceux nommés ci-dessus :

- Une activité psychomotrice excessive ;
- Une posture tendue ;
- Un air sombre ;
- Un affect provocant ;
- Des dents serrées ;
- Des poings fermés ;
- Une élocution rapide et un ton de voix élevé ;
- Des défis et des menaces lancés au personnel.

Il y a une dernière variable qui se rapproche plus de l'information que de la formation. Lyneham, (2000), préconise de donner des informations sur les compétences, le rôle, les impératifs des infirmiers des services d'urgences au personnel des autres services de l'hôpital. Souvent ces derniers ne se rendent, peut-être, pas compte de ce qu'est le travail dans un service d'urgence. Cette méconnaissance peut parfois engendrer des tensions, surtout lors de communication par téléphone (Lyneham, 2000). La connaissance des rôles de chacun pourrait être bénéfique et diminuer les tensions qu'il peut exister parfois entre certains infirmiers.

LE NON-RAPPORT DES ACTES DE VIOLENCE

Afin d'avoir une vision réelle de la violence dans les services d'urgences, il existe un moyen efficace qui est le rapport de chaque acte de violence à l'encontre des infirmiers. Ce travail doit se faire par le personnel infirmier. Mais la problématique est la suivante ; la plupart des actes de violence ne sont pas rapportés. On peut légitimement se demander

pourquoi ce rapport n'est pas effectué. Après étude des résultats, il existe plusieurs raisons probables de cet état de fait :

- Le manque de temps ;
- L'acceptation de cette violence parce que la majorité des agressions ne crée pas de blessures sérieuses ;
- La peur des représailles de la part des patients par la suite ;
- Le fait de croire que si on a été victime de violence, c'est une faute professionnelle ;
- Le manque de confiance envers les cadres ;
- Les infirmiers ne voient rien changer malgré leurs témoignages donc ils ne voient plus l'utilité de signaler les actes de violence.

Actuellement nous savons que le phénomène de violence dans les services d'urgences est une réalité. Mais le simple fait de le savoir ne suffit pas. Il faut des chiffres et des faits avérés pour rendre visible le niveau de violence dans ces services auprès des administrations et du public (le rapport des actes de violences sert principalement à montrer ce qui se passe réellement dans les services d'urgences). Si ce rapport n'est pas fait efficacement, les données qui sont obtenues sont donc faussées et le phénomène de violence minimisé. Si l'ampleur de ce phénomène n'est pas visible, il n'y a pas de raison de mettre en œuvre des actions pour le diminuer.

Le manque d'informations de la part des infirmiers est un problème récurrent. La plupart ne voient ou ne savent pas à quoi la procédure de rapport des incidents sert. Il y a un travail à faire du côté des infirmiers mais aussi du côté des cadres. Les infirmiers ont besoin de savoir à quoi cela va servir de faire ces rapports et ils ont aussi besoin que des actions concrètes soient mise en place après les rapports d'incidents violents. Un problème qui parfois justifie l'absence de rapport est le manque de temps que le personnel infirmier a pour retranscrire ces actes. Un effort de la part de l'administration doit être mené pour permettre aux infirmiers des services d'urgences de pouvoir effectuer ces rapports d'incidents en toute tranquillité. Mais le personnel infirmier doit

faire un effort pour rapporter chaque acte de violence, aussi bénin soit-il, auprès des administrations hospitalières pour permettre :

- D'avoir une vision précise du phénomène de violence dans les services d'urgences ;
- De rendre visible ce phénomène ;
- De faire des études plus efficaces avec des chiffres précis sur ce phénomène.

Tant que ce rapport ne sera pas fait de manière efficace, la plupart des études sur le phénomène de violence aux urgences n'aura pas de valeur car rien ne pourra prouver que les chiffres obtenus sont exacts. Il faut absolument expliquer le bénéfice du rapport aux infirmiers mais aussi aux administrations (Gates, Ross et McQueen, 2006 ; Crilly, Chaboyer et Creedy, 2004).

La création, dans les différents services d'urgences, de structure permettant le contrôle du rapport des actes de violence serait bénéfique. Il faudrait aussi créer un système identique de rapport dans les différents services d'urgences d'un même pays afin de pouvoir obtenir facilement des statistiques nationales sur la violence (Crilly, Chaboyer et Creedy, 2004).

Le fait que le nombre de rapport d'incidents violents est trop peu élevé a probablement empêché la mise en place de stratégies qui auraient permis d'éliminer ou du moins de diminuer la violence sur le lieu de travail. Le rapport est primordial. Il pourrait aussi permettre de répertorier quels patients risquent de devenir violent. Comme le montre l'étude de Drummond, Sparr et Gordon, (1989), c'est en favorisant la transmission d'information sur les patients ou accompagnants ayant eus un comportement agressif ou non-approprié par le passé qui a permis de diminuer de 91% le nombre d'agression physique sur le personnel infirmier¹.

¹ CII, Directives: Comment affronter la violence au travail.

FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

Le service d'urgences est un service particulier. C'est souvent la porte d'entrée principale d'un hôpital. Il y a beaucoup de mouvements, beaucoup de patients et d'accompagnants qui passent par cet endroit, beaucoup de personnes attendent au niveau de la zone de triage ainsi que dans le service. Après analyse des différentes études, il y a des actions à concrétiser au niveau de l'environnement du service des urgences afin d'améliorer la sécurité du personnel soignant mais aussi des différents visiteurs des urgences.

Dans les différentes études, la majorité des services d'urgences était équipée d'un service de sécurité. Dans les services qui n'en étaient pas équipé une des recommandations principales était de mettre en place un tel système de sécurité. Un service de sécurité devrait se trouver en permanence dans le service ou alors pouvoir intervenir dans lap de temps assez court. Le personnel de sécurité devrait aussi être formé aux techniques de gestion de la violence, de désamorçage et ne pas seulement être la comme présence physique en cas d'incident de violence. Le service de sécurité pourrait aussi gérer les patients en attente dans la zone de triage et cela requiert des compétences de communication, c'est pour cela que les services de sécurité des services d'urgences devraient aussi avoir des formations complémentaires en techniques de communication et gestion de la violence en milieu hospitalier.

Pour Saines, (1999) et Lyneham, (2000) les services d'urgences devraient être équipés d'un système de surveillance vidéo. En plus de pouvoir enregistrer des images des scènes de violence, les systèmes de surveillance vidéo ont aussi un effet fortement dissuasif. Ces auteurs préconisent d'équiper à la fois la zone d'attente à l'entrée des services d'urgences mais aussi le service en lui-même. Il est important de se questionner de l'utilité d'équiper tout le service de surveillance vidéo. Il n'y a pas d'étude qui montre l'influence d'un système de surveillance sur l'incidence de la violence dans un service d'urgence. Il serait judicieux de mener une recherche spécifique afin de pouvoir étudier les effets de la mise en place d'un tel système.

LA VIOLENCE, PART NORMALE DU TRAVAIL AUX URGENCES ?

Un infirmier des urgences interrogé par Mercer (2007) nous dit ceci :

« Trop d'infirmiers des urgences voient la violence comme faisant partie du travail et minimise cette état de fait en disant que si tu veux venir travailler dans le service des urgences alors tu dois faire avec cet aspect de la nature humaine. » (p. 259)

La violence dans les services d'urgences a de lourdes conséquences sur le personnel infirmier. Que ce soit de la violence physique ou verbale, les conséquences sont réels tant au niveau physique que sur la plan émotionnel (angoisse, stress, baisse de l'estime de soi, sentiment d'impuissance et de vulnérabilité...).

Dans sa prise de position sur les abus et la violence à l'encontre des infirmiers, le CII (2006) condamne avec la plus grande énergie toutes les formes d'abus et de violence à l'encontre du personnel infirmier, y compris le harcèlement sexuel. De tels actes violent le droit des infirmières à l'intégrité et à la dignité de leur personne, ainsi que leur droit à ne pas souffrir.

Avoir un environnement de travail sécuritaire est un droit pour le personnel des urgences et une obligation pour les administrations des hôpitaux. Certaines recherches montrent que plus du quart des infirmiers des urgences ne se sentent pas en sécurité (Gates, Ross et McQueen, 2006 ; Lyneham 2000). Il ne faut pas oublier que la violence a des conséquences au niveau personnel pour les infirmiers mais aussi sur le bon fonctionnement du service des urgences. La violence à l'encontre du personnel infirmier occasionne des pertes de temps de travail (Fernandes et al., 2002) mais aussi un manque de personnel du à la mise en arrêt maladie de certains infirmiers suite à certains actes de violence plus extrêmes (Gates, Ross et McQueen, 2006).

Les différentes réactions des infirmiers face à la violence sont des moyens pour supporter cette violence comme nous le montre Lazarus et Folkman (1984). Ce sont des réactions de coping centrées sur l'émotion. En se formant les infirmiers pourront acquérir des outils leur permettant de donner des réponses adaptés aux situations de

violence et surtout qui ne les conduiront pas vers un épuisement professionnel suite à de mauvaises réponses émotionnelles.

Les services d'urgences doivent donner un message clair vis-à-vis de la violence. Pour cela il faut une politique intra-hospitalière sur la violence. Si la politique est définie, l'information pourra alors être affichée de manière visible et transmise aux différentes personnes passant par le service des urgences. Un message fort doit être donné, la violence n'est pas acceptée ni tolérée que ce soit dans le service des urgences ou dans le reste de l'hôpital (Saines, 1999 ; Catlette, 2005). En allant plus loin Lyneham (2000) propose de mettre en place un service de support légal pour les infirmiers victimes de violence. Le fait d'entamer des procédures judiciaires face aux actes de violence (même ceux considérés comme « bénins » telles que des insultes ou de la violence verbale en générale) serait un message concret que la violence aussi infime soit-elle n'est pas tolérée dans un service d'urgence. Elle n'est pas acceptée dans la vie de tous les jours alors pourquoi devrait-elle être considérée comme une part normale du travail des infirmiers des urgences ? Il est évident que les patients sous influences de substance ou de maladies pouvant influencer le jugement et faciliter le passage à l'acte (maladie psychiatrique ou systémique) ont des circonstances atténuantes mais les infirmiers ont quant même droit à l'environnement de travail le plus sécuritaire possible.

Il est évident que la violence est présente sur le lieu de travail et qu'il est difficile voire impossible d'en venir à bout. Mais le simple fait de ne plus considérer la violence comme étant normale est déjà un très grand pas de fait. Ne plus considérer la violence comme partie intégrante du travail aux urgences permet d'avoir la volonté d'agir et d'effectuer les changements nécessaires dans les structures actuelles des services d'urgences ou au niveau de la formation offerte aux différents membres de ce service.

RÉPONSE À LA QUESTION DE RECHERCHE

Les résultats obtenus ont permis d'identifier différents facteurs principaux dans chacun des 3 axes de la question de recherche.

Tout d'abord quant aux facteurs qui influencent la survenue de la violence on peut en ressortir 7 :

- Le temps d'attente ;
- L'heure de la journée ;
- Le degré d'expérience de l'infirmier et d'ancienneté ;
- Le niveau de formation en gestion de la violence ;
- Les problèmes de communication ;
- Le manque de personnel ;
- L'absence d'un personnel de sécurité.

Si l'on examine les différentes façons dont se manifeste la violence, on peut ressortir les suivantes :

- Violence verbale (à un très haut niveau pour les infirmiers des urgences et aussi lors des conversations téléphoniques surtout) ;
- Violence physique ;
- Intimidation ;
- Harcèlement sexuel.

Au niveau des manifestations sur le personnel infirmier, la violence a de lourdes conséquences. On peut citer les suivantes :

- Augmentation du stress au travail ;
- Angoisse ;
- Sentiment de vulnérabilité ;
- Sentiment de peur sur le lieu de travail ;
- Perte de self-control.

Tous ces effets sur les infirmiers ont aussi des retentissements sur le fonctionnement du service d'urgences en faisant perdre du temps de travail aux infirmiers (et donc augmentation du temps d'attente), en augmentant le niveau d'erreurs médicales, une baisse de la productivité, une baisse du moral de l'équipe et enfin une augmentation de

la charge de travail pour les autres membres du corps infirmiers et le personnel des urgences.

Il n'y a pas beaucoup d'étude, menée par des chercheurs infirmiers, qui se sont intéressés aux différents signes précurseurs d'une agression. Il y a des types de comportements qui ressortent souvent quand des infirmiers des urgences sont interrogés. Ces comportements sont les suivants :

- Patients ou accompagnants extrêmement exigeants ;
- Patients accompagnants ayant un grand besoin d'attention.

Ces signes précurseurs sont connus mais ne sont pas spécifiquement investigués dans les différentes recherches sur la violence aux urgences. Ils y en as qui sont déjà connu grâce à l'ouvrage de Townsend (2004) :

- Une activité psychomotrice excessive ;
- Une posture tendue ;
- Un air sombre ;
- Un affect provocant ;
- Des dents serrées ;
- Des poings fermés ;
- Une élocution rapide et un ton de voix élevé ;
- Des défis et des menaces lancés au personnel.

Pour finir, il y a beaucoup de moyens qui sont mis en place pour faire face à cette violence dans les services d'urgences, on peut citer les mesures suivantes :

- Formation du personnel infirmier, du personnel de sécurité et des urgences en générale à la gestion de la violence et aux techniques de désamorçage ;
- Effectuer des cours de formation continue pour maintenir à jour les connaissances en gestion de la violence ;
- Favoriser le rapport des incidents de violence ;
- Créer des structures de contrôle du rapport des actes de violence ;

- Rendre les actions des administrations plus visible quant à la gestion d'incidents violents ;
- Viser à diminuer le temps d'attente en augmentant la dotation en personnel, en rendant ce temps d'attente plus supportable en créant des nouveaux postes pour gérer les personnes en attente dans la zone de triage ou en aménageant la zone de triage afin qu'elle soit le plus confortable et sécuritaire possible ;
- Favoriser la recherche dans tous les services d'urgences ;
- Définir ce qu'est la violence aux urgences et faire en sorte que toutes les recherches futures prennent la même définition de la violence aux urgences ;
- Mettre en place un service de sécurité, présent en tout temps, pour les services d'urgences qui n'en sont pas pourvu ;
- Mettre en place un service de support juridique pour le soutien des infirmiers victimes de violence ;
- Mettre en place des systèmes de surveillance vidéo.

Il y a beaucoup de mesure qui peuvent être prise, mais chaque service d'urgences est différent. C'est pour cela que ces services devraient mener au moins une recherche quantitative pour voir ce qui se passe réellement afin de prendre des mesures spécifiques et adaptées. Cela représente une énorme somme de travail, mais le fait d'avoir une définition commune sur la violence permettra de rapporter les résultats des différentes études dans chaque service d'urgences. Il serait intéressant de mener une étude dans un service d'urgences et par la suite effectuer la création d'un protocole afin de faciliter la réalisation de cette même étude dans des services d'urgences différents.

Pour finir, le CII (2006) propose les pistes d'action suivantes pour diminuer la violence sur le lieu de travail¹ :

- Identifier les comportements à risque et les facteurs environnementaux susceptibles de déclencher la violence ;
- Prendre des mesures de prévention pour réduire/éliminer les facteurs de risque ;
- Elaborer des mécanismes de gestion des incidents et les appliquer au moment où la violence intervient ;

¹ Brochure du CII, Directive : Comment affronter la violence au travail.

- Garantir l'accès de toutes les personnes impliquées à des structures d'appui efficaces ;
- Tenir des statistiques fiables ;
- Evaluer les actes de violence et la façon dont les infirmières y ont fait face ;
- Faire des recommandations appropriées sur la base des résultats obtenus.

CONCLUSION

En conclusion, les différentes conséquences pour les soins et les futurs besoins de recherches vont être expliqués. Par la suite, les points forts et faibles de ce travail seront mis en évidence.

CONSÉQUENCES POUR LES SOINS

Il est reconnu que certains soignants pensent encore que la violence est une part normale de notre travail et qu'il faut faire avec. Le phénomène de violence dans les soins et plus particulièrement dans les services d'urgences n'est pas reconnu. Le fait est qu'il est souvent minimisé car le nombre de rapport d'acte de violence ne relate pas la réalité. Il est prouvé qu'il y a un fort taux de non-rapport d'incident violent de la part des infirmiers. Un effort particulier doit être mis en place par les administrations, les managers et les infirmiers pour lutter contre cet état de fait. C'est seulement en montrant ce qui se passe réellement dans les services d'urgences que des modifications importantes pourront être mises en place afin de diminuer la violence dans les services d'urgences.

Un message doit être lancé, la violence ne devrait être ni acceptée ni tolérée dans les soins et dans les services d'urgences. La violence est présente mais il y a des actions qui peuvent être mis en place pour la diminuer. Il faut un effort de la part de tous les travailleurs des urgences et de la part des administrations pour avoir les moyens de mettre ces actions en place. Cela a un prix certain mais comme le montre Gulland (1997) ces coûts seraient contrebalancés par un service plus efficace, une diminution du temps d'attente, une baisse du taux d'absentéisme et surtout une diminution des arrêts de travail qui ont comme cause principale la violence physique et non-physique répétées quotidiennement.

Il y a, de part le monde, beaucoup d'infirmiers qui mènent des recherches sur ce phénomène. L'uniformisation des définitions de la violence et des méthodes de recherches pourraient être fortement bénéfique car elle permettrait de comparer les résultats obtenus dans les différentes recherches. Chaque service d'urgences devrait, de

manière périodique, mener une étude sur le niveau de violence. L'avantage principal serait de pouvoir suivre l'évolution de la violence et de voir si les différentes actions entreprises ont un effet sur l'incidence de la violence. Un processus de recherche standardisé permettrait de gagner du temps et de réaliser de manière plus aisée des études régulières dans les différents services d'urgences. Il faut simplement la volonté de mettre en œuvre ces changements car ils vont prendre du temps et de l'énergie. Tant que les infirmiers (et plus largement le personnel des urgences) ne seront pas décidé à ne plus accepter la violence dans leur service, il sera difficile de faire évoluer la situation. La formation en gestion de la violence reste une base solide pour chaque infirmier pour faire face à la violence dans les services des urgences.

AUTRES BESOINS DE RECHERCHES

Comme cité précédemment, les différentes recherches sur la violence dans les soins ont besoin d'avoir une définition commune de la violence. Actuellement, il y a un grand nombre de recherches quantitatives qui présentent des modifications possibles à effectuer dans les différents services d'urgences mais il y a très peu d'étude qui se passe après ces changements lorsque ces derniers sont appliqués afin de voir les effets de ceux-ci sur les comportements violents.

Des recherches sur les différentes formations en gestion de la violence seraient utiles afin de créer des programmes de formation et de formation continue efficace. Il ne faut pas oublier que les infirmiers des services d'urgences sont souvent les mieux placés pour dire leurs besoins au niveau de la formation et les modifications à apporter pour créer un endroit de travail sécuritaire (Catlette, 2005).

Il serait intéressant d'investiguer plus en profondeur le phénomène de non-rapport des incidents de violence, car le non-rapport reste une des problématiques principales. Un rapport efficace montrerait la situation réelle de la violence dans les services d'urgences.

Il faudrait créer un modèle pilote de recherche spécifique aux différents services d'urgences Suisse afin de faciliter et de faire gagner du temps aux infirmiers qui

souhaiteraient mener ce genre de recherche dans leur service d'urgences. Des études uniformes permettraient de comparer les données sur la violence des différentes urgences des cantons Suisse et de rendre visible ce phénomène. Il ne touche pas seulement les pays anglo-saxons ou les pays frontaliers, la violence dans les services d'urgences est une réalité.

POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES DU TRAVAIL

Avant de clôturer mon BT, je souhaite vous faire part des points forts et des points faibles de ce travail.

Si je commence par la méthode, il est intéressant de voir qu'en choisissant 13 articles, couvrant de manière très large le phénomène de violence dans les services d'urgences, il y a un très grand nombre d'infirmiers questionnés (plus de 2000). Les études ont été choisies de manière à avoir une vision globale de ce phénomène et de voir ce qui se passe dans les services d'urgences au niveau mondial. On peut ressortir que la majorité des études, quelque soit le pays d'origine, montre les mêmes résultats. On peut légitimement rapporter ces résultats aux urgences de Suisse. Il aurait été intéressant de trouver des études suisses sur ce phénomène mais cette revue de littérature a permis d'acquérir des connaissances qui serviront, peut-être, pour mener ce genre de recherche en Suisse.

Le fait d'avoir fait un très long stage dans le service d'est urgence m'a permis d'avoir une vision de ce phénomène mais le fait d'avoir été parfois victime de violence (surtout au niveau verbal) pourrait représenter un biais dans ce travail.

LE MOT DE L'AUTEUR

C'est ma propre expérience comme stagiaire infirmier dans un service d'urgence qui m'a poussé à choisir cette thématique. J'ai effectué mon stage dans une période particulièrement difficile car plusieurs incidents particulièrement violents s'étaient produits. J'ai été confronté à plusieurs reprises à des patients agressifs sans raison particulière, prenant des postures d'intimidation. Après lecture de toutes ces recherches,

je me rends compte qu'une formation aux techniques de désescalades et de gestion de la violence me serait bénéfique. J'ai suivi des cours pendant ma formation mais j'aurais besoin de cours supplémentaires pour rafraîchir mes connaissances et surtout pour entraîner les techniques que j'ai déjà acquises afin qu'elles deviennent des réflexes lors de situations potentiellement violentes.

Je me rends bien compte que ce travail n'est que le début de futures recherches, mais il m'aura principalement permis de me rendre compte de ce qu'était la recherche en science infirmière. J'ai aussi pu voir comment différents chercheurs infirmiers ont procédé pour investiguer ce phénomène. Je n'ai absolument pas la prétention de mieux connaître, que des chercheurs avérés ou des infirmiers des urgences expérimentés, cette thématique. Mais si ce travail permet d'apporter une réflexion ou une remise en question sur la violence pour les infirmiers des urgences, alors je pense que son but sera atteint.

Les connaissances acquises lors de l'élaboration de ce travail me serviront aussi dans ma pratique infirmière quotidienne si par la suite je suis amené à travailler dans un service d'urgences. Travailler dans un service d'urgence m'intéresse fortement et me spécialiser en médecine d'urgence est un objectif personnel à court terme. L'expérience de ce travail me permettra peut être de mener, des recherches identiques mais dans des services d'urgences suisses afin de trouver des mesures de prévention de la violence adaptées.

Pour finir je déclare avoir réalisé ce travail moi-même en respectant des normes éthiques et conformément aux différentes directives relatives à ce travail. Toutes les références utilisées dans ce travail sont clairement nommées et identifiées.

ANNEXES

ANNEXE 1 : GRILLES DE LECTURES

Bibliographie	<p>1.</p> <p>Kamchuchat, C., Chongsuvivatwong, V., Oncheunjit, S., Yip, T., Sangthong, R. (2008). Workplace violence directed at nursing staff at a general hospital in Southern Thailand. <i>Journal of Occupational Health</i>, 50, 201-207.</p>
Type d'étude	Etude quantitative et qualitative.
Question/But	Documenter les caractéristiques de la violence sur le lieu de travail à l'encontre des infirmiers. Définir l'amplitude de cette violence, les acteurs de cette violence, les sources et les déterminants de cette violence, les conséquences, les réactions et finalement donner des recommandations de prévention de la violence et des moyens pour la contrôler.
Méthode	Questionnaires anonymes, auto-administrés à 594 infirmiers diplômés suivit par une interview de 17 infirmiers qui ont eu des expériences de violences sur leur lieu de travail.
Résultats	Taux de réponse de 91.7% au questionnaire dont 97% de femmes et 60% des répondants ont participé au cours de formation continu en gestion de violence. La violence verbale est le premier type de violence (46% de prévalence sur leur carrière) suivie par la violence physique (6.4%). Les premiers acteurs de violences sont les patients et leurs accompagnants. Le risque de violence verbale augmente de 80% dans le service des urgences. Les conséquences sont une augmentation du stress, de l'anxiété, une perte de self-control et une baisse de l'estime de soi. 73% des infirmiers victimes de violences gardent cela pour eux et ne le dénoncent pas à leurs supérieurs.

	<p>Lors des interviews, 5 thématiques sont ressorties :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Abus verbal par un docteur ; 2) Abus verbal par un accompagnant de patient ; 3) Abus physique par un patient ; 4) Abus physique et verbal par un collègue infirmier ; 5) Harcèlement sexuel par un patient.
Discussion/Conclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Des groupes à risques sont mis en évidences → les jeunes diplômés sont plus à risque ; • Entraînement en lien avec la prévention de la violence → diminution de 40% de risque d'abus verbal ; • Mise en évidence des facteurs favorisant la survenue de violence (problèmes de communications, augmentation du temps d'attente, retard dans les soins, mauvaise perception des patients et des accompagnants à l'encontre des soignants) ; • Peu de support de l'institution ou mauvaise perception du personnel des actions des cadres infirmiers ce qui induit un mauvais rapport des incidents de la part des infirmiers victimes de violence. • Cette étude préconise de favoriser le rapport des incidents pour rendre visible la violence subit par le personnel infirmier.

Bibliographie	<p style="text-align: center;">2.</p> <p>Hislop, E., Melby, V. (2003). The lived experience of violence in accident and emergency. <i>Accident and Emergency Nursing, 11</i>, 5-11.</p>
Type d'étude	Etude qualitative.
Question/But	Investiguer le vécu de l'expérience de violence par les infirmiers des services d'urgences.
Méthode	Interviews volontaires d'infirmiers des urgences dans un hôpital majeur de soins aigus d'Irlande du Nord avec comme thématique de décrire et d'explorer le vécu de l'expérience de la violence.
Résultats	<p>3 thématiques principales sont ressorties des interviews :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pourquoi moi ? Tous les participants ont exprimé un sentiment de frustration et d'impuissance face à la violence qu'elle soit verbale ou physique. 2. Sentiment d'appartenance. Les participants trouvent très réconfortant de faire partie d'une équipe soudée et de l'aide qu'elle peut apporter après un incident de violence. Discuter avec un collègue autour d'un café est un support beaucoup plus important que des réunions plus formelles pour certains infirmiers. Les infirmiers des urgences pensent que les infirmiers des autres services ne peuvent pas comprendre ce qu'ils vivent au quotidien. 3. Sentiment d'isolement. Les participants trouvent qu'ils n'ont que peu voir pas de retour des managers à la suite des rapports d'incidents violents. Ce qui fait que finalement les infirmiers ne rapportent plus les incidents violents. Ils ont le sentiment d'être seul face à ces situations difficiles. Ils trouvent qu'ils ne sont pas assez formés pour y faire face.
Discussion/Conclusion	Cette étude montre qu'il y a beaucoup d'études quantitatives sur le phénomène de violence dans les services d'urgences mais peu d'études qualitatives. Les auteurs préconisent, sur la base des interviews des infirmiers des urgences, d'augmenter le retour des cadres suite à des événements de violences, de rendre plus visible les actions qu'ils

	entreprennent ce qui pourrait aussi inciter les infirmiers à mieux rapporter leurs expériences de violence. Finalement cela permettrait le développement de structures de soutiens plus informelles entre collègues et valoriser ces actions de supports permettrait de prendre un peu de temps après un incident pour prendre un café et discuter.
--	---

Bibliographie	3. Kwok, R., et all. (2006). Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. <i>Hong Kong Medical Journal</i> , 12, 6-9.
Type d'étude	Etude quantitative.
Question/But	Déterminer la prévalence ainsi que la nature de la violence sur le lieu de travail des infirmiers afin de voir comment ils vivent avec cet état de fait. Identifier les facteurs de risques en lien avec la violence dans l'environnement hospitalier. L'étude examine les 12 derniers mois de travail.
Méthode	Questionnaire distribué à tous les infirmiers d'un hôpital universitaire (n=420)
Résultats	Sur 1650 questionnaires envoyés, 420 sont revenus avec un ratio homme femme de 34:3. L'expérience de violence a été expérimentée par 76% des répondants. 73% ont eu affaire à de la violence verbale, 45% à de l'intimidation, 20% à de la violence physique et un peu plus de 10% à du harcèlement sexuel. 100% des répondants infirmiers des services d'urgences ont eu une expérience de violence, sous une forme ou une autre. 82% des infirmiers victimes de violence verbal en ont parlé avec des collègues, amis et membres de leur famille. La deuxième réponse la plus courante, pour 42%, est d'ignorer l'incident. Dans 1 à 3% des cas, il y a une demande d'aide à l'employeur.
Discussion/Conclusion	La majorité des infirmiers ont expérimentés la violence sur leur lieu de travail. Il apparaît que la source principale de

	<p>violence vient des patients, suivie de près par les accompagnateurs des patients. Mais les collègues, cadres, médecins sont aussi une source de violence non négligeable. Le secteur où la prévalence de violence est la plus élevée est le service des urgences. Le taux de réponses à ce questionnaire est assez bas, de l'ordre de 25%. Il est aussi possible que les répondants sont principalement des infirmiers qui ont été victimes de violence.</p>
--	---

Bibliographie	<p style="text-align: center;">4.</p> <p>Chapman, R., Styles, I. (2006). An epidemic of abuse and violence : Nurse on the front line. <i>Accident and Emergency Nursing</i>, 14, 245-249.</p>
Type d'étude	Revue de littérature.
Question/But	Commenter les phénomènes de violence à l'encontre des infirmières et offrir des recommandations d'action en lien avec la littérature scientifique actuelle.
Méthode	Analyse d'articles australiens en lien avec la problématique de violence dans les services d'urgences australiennes.
Résultats	<p>Une étude de Cameron (1998) portant sur l'incidence de la violence verbale et physique sur les performances au travail, a montré que cela les modifiaient en créant des erreurs (52%), une baisse de moral (51%), une baisse de la productivité (40%) et une augmentation de la charge de travail pour les pairs (45%).</p> <p>Il est montré que les infirmiers acceptent comme norme le fait que la violence soit une partie normale du travail.</p>
Discussion/Conclusion	<p>Recommandations pour le futur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il faut des actions à court terme (offre de formation sur la violence, gardiens dans les services d'urgences, meilleurs collaboration avec les services de police,...) ;

	<ul style="list-style-type: none"> • Des actions à moyen et à long terme (investiguer en profondeur le phénomène de violence dans les services d'urgences) ; • Et surtout favoriser l'augmentation du rapport des actes de violences/agressions envers les infirmiers. <p>Tout les chercheurs sont d'accord sur un point, quelques soit le degré de violence sur le lieu de travail, il ne doit jamais être toléré et considéré comme quelque chose de normal.</p>
--	--

Bibliographie	<p style="text-align: center;">5.</p> <p>Deans, C. (2004). The effectiveness of a training program for emergency department nurses in managing violent situations. <i>Australian Journal of Advanced Nursing</i>, 21, 17-22.</p>
Type d'étude	Etude quantitative.
Question/But	Cette recherche étudie les effets d'un cours d'entraînement d'une journée sur les compétences, connaissances et les attitudes en relation avec la gestion de la violence sur le lieu de travail. Le but étant de déterminer si un programme d'entraînement a servi à l'amélioration des connaissances des infirmiers et à une meilleure gestion de la violence sur le lieu de travail. Le cours est donné par 4 infirmiers en psychiatrie expérimentés qui ont eu des formations en lien avec la gestion de la violence.
Méthode	Une étude non-expérimentale avec un groupe, avec un pré-test et un post-test comme modèle d'étude afin d'évaluer l'efficacité d'un programme d'entraînement nouvellement développé pour les infirmiers des urgences.
Résultats	L'étude a été menée sur un groupe comprenant 60 infirmiers des urgences correspondant à 45 équivalents plein temps. Le programme a été offert durant le temps de travail pendant trois jours distincts avec 14 représentants par jour pour les deux

	<p>premiers jours et 12 le troisième représentant 66% du total des infirmiers des urgences. 75% ont rempli le pré-test questionnaire et 55% le post-test questionnaire. Le pré-test et le post-test questionnaire sont composés des mêmes questions et il a été rempli de façon volontaire. Les effets de la journée de formation sont statistiquement significatifs au niveau de l'aide pour l'acquisition de nouvelles connaissances sur le code de pratique en lien avec la gestion de situation agressive dans le service des urgences. Cette formation montre aussi sa pertinence dans l'aide aux participants pour être conscient des contraintes que les limitations physiques ont sur leur propre capacité à répondre à une situation agressive et aussi d'acquérir une conscience envers les autres membres du staff sur leurs propres limitations physiques. L'étude ne montre pas statistiquement de changements significatifs sur la réponse en équipe pour des situations violentes.</p> <p>Incidence de l'agression aux urgences</p> <p>Le nombre de situations d'agressions rencontrée par le staff a diminué entre le pré et post-test mais pas de manière statistiquement significative mais est cliniquement significatif.</p> <p>Confiance dans le management des comportements agressifs</p> <p>Tous les participants montrent une augmentation de la confiance en lien avec la gestion de la violence et de situations agressives.</p> <p>Attitudes envers les agressions</p> <p>Augmentation du sentiment d'être soutenu par les autres membres de l'équipe et des managers dans les suites d'un incident violent. Les participants pensent que la sécurité sur leur lieu de travail pourrait être plus importante lors des réponses du post-test. Les participants se sentent peu confiants envers les managers dans les suites d'événement violent.</p>
Discussion/Conclusion	<p>Ce programme d'entraînement ne va pas réduire l'exposition des infirmiers à la violence sur leur lieu de travail mais montre qu'avec un entraînement basique les infirmiers sont mieux préparés pour faire face à la violence tant au niveau</p>

verbal que physique. Le post-test montre une diminution de 50% de l'incidence des agressions dus probablement aux techniques de dé-escalade de potentielles situations violentes. Il est important aussi que la confiance des infirmiers en le retour des actes de violences au manager augmente. Ce changement de comportement est primordial car il va à l'encontre de cette culture du silence. Cette étude a des limitations, principalement dans le nombre restreint de la population cible, dans la non randomisation des infirmiers choisis et surtout l'absence d'un groupe de contrôle qui n'aurait pas eu la journée de cour.

Education tertiaire

Le programme de formation des infirmiers devrait comprendre des cours préparant à la gestion de comportement agressif et aux réponses négatives à ces comportements.

Formation en cour d'emploi

Des programmes de formation en cour d'emploi devraient être implantés et évalués sur les lieux de travail à base de vidéo, jeux de rôle, sessions de débriefing qui pourraient aider le staff à être conscient des situations à risques.

Implication pour la direction

Cette étude et d'autres montrent que les infirmiers des urgences sont fréquemment exposés sur leur lieu de travail à la violence des patients et ne rapportent pas toujours ces actes. Des changements dans les infrastructures et/ou le personnel sont requis. Par exemple, des agents de sécurité ou des spécialistes en sûreté au travail doivent être nommés, des programmes de formation professionnelle doivent être instaurés et surtout il faut favoriser et valoriser le rapport des incidents.

Prévention primaire de la violence sur le lieu de travail

Prévenir ou réduire la violence sur le lieu de travail doit être une priorité primaire pour les administrations. Et reconnaître

	<p>les impacts psychologiques et professionnels de la violence au travail.</p> <p>Prévention secondaire de la violence sur le lieu de travail</p> <p>Il faut rapporter et documenter les actes de violence. Il faut établir des débriefings formels mais aussi informels.</p> <p>Prévention tertiaire de la violence sur le lieu de travail</p> <p>Une législation claire est requise pour la protection des employés sur le lieu de travail. Il faut augmenter la visibilité du phénomène de violence. L’option de poursuite légale pourrait avoir une valeur symbolique comme quoi la violence sur les infirmiers des urgences est inacceptable.</p> <p>Conclusion</p> <p>Cette étude montre qu’avec un jour d’entraînement il y a une réduction des incidents violents (mais pas de manière statistiquement significative) et une augmentation de la confiance de l’équipe infirmière. Il faut continuer dans la voie de la formation et effectuer des recherches en lien avec des programmes de formation.</p>
--	---

Bibliographie	<p style="text-align: center;">6.</p> <p>Saines, J. (1999). Violence and aggression in A et E: Recommendations for action. <i>Accident et Emergency Nursing</i>, 7, 8-12.</p>
Type d’étude	Revue de littérature.
Question/But	Le but est d’explorer les théories et concepts de l’agression avec un effort pour identifier les causes et les méthodes potentiels pour les contrer.
Méthode	Comparaison d’articles en lien avec des actions pour contrer le phénomène de violence dans les services d’urgences.

Résultats	<p>Il y a une partie de notre société qui pense qu'une agression dans un hôpital ne sera pas punie.</p> <p>Schniden et Marren-Bell (1999) montre que 87% des infirmiers urgentistes sont confrontés à de la violence verbal mais qu'une petite partie seulement a été confronté à une agression physique qui a nécessité un traitement. Il y a une association évidente entre l'heure de travail (18h-7h) et l'augmentation de la violence physique et verbale. Schniden et Marren-Bell (1995) ont trouvé que le temps d'attente et la violence verbale ont été relatés dans 80% des cas. Gleitman (1981) ressort deux facteurs majeurs dans la survenue d'évènement violent, la peur de la douleur et la peur de l'inconnu. Le Health Services Advisory Committe (HSAC) montre qu'il est important de rapporter les incidents violents avec un monitoring efficace de la part des managers et que cela doit faire partie de la pratique clinique quotidienne.</p>
Discussion/Conclusion	<p>Cette étude ressorte 12 actions à mettre en place afin de diminuer l'incidence de la violence dans les services d'urgences réparties entre 5 thématiques.</p> <p>Défusion et désescalade</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les gestionnaires devraient procéder à des audits des effectifs pour assurer la fourniture adéquate en personnel convenablement formé pour faire face aux situations de violence. 2. Les gestionnaires devraient examiner des initiatives visant à fournir un effectif adéquat afin de diminuer le temps d'attente. 3. Des lignes directrices claires doivent être créées en gestion de la violence et appliqué à tous les services d'urgences. <p>Entraînement de l'équipe</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Une formation adaptée en gestion de la violence doit être offerte aux infirmiers. <p>Dissuasion</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Des explications doivent être mise dans les zones sensibles sur les standards de comportements attendus par les

patients et leurs accompagnateurs et les sanctions encourues pour non-compliance.

6. Pour augmenter la qualité de la surveillance, des systèmes de vidéos-surveillances devraient être mis en place dans les urgences.
7. Une amélioration majeure de la sécurité doit être effectuée par des employés de sécurité entraînés à gérer le service des urgences.

Protection de l'équipe infirmière

8. Une évaluation des risques basée sur ces 12 directives devrait être effectuée.
9. Les managers des urgences devraient rencontrer les services de police locale pour créer des procédures de liaison et de soutien à la sécurité des urgences.
10. Il est recommandé de faire une étude de faisabilité sur l'installation d'un système d'alarme : soit un système d'alarme fixe avec des boutons d'alerte positionné stratégiquement et/ou un système d'alarme personnel d'appel d'assistance.
11. Les employeurs devraient considérer la sécurité d'une assurance individuelle accident/agression pour le personnel et fournir des compensations et des prestations en cas de blessure

Procédures de révision

12. Les managers des urgences devraient implémenter une procédure de recensements des actes de violences et s'assurer que cela est effectivement rapporté.

Gulland (1997) affirme que les coûts engendré par des mesures de sécurité seront compensées par la réduction des coûts dus aux absences du personnel suite à des maladies et absentéisme.

Bibliographie	<p style="text-align: center;">7.</p> <p>Fernandes, C., Raboud, J., Christenson, J., Bouthillette, F., Bullock, L., Ouellet, L., Moore, C. (2002). The effect of an education program on violence in the emergency department. <i>Annals of Emergency Medicine</i>, 39, 47-55.</p>
Type d'étude	Etude quantitative
Question/But	Les chercheurs examinent si un effort d'éducation permet de réduire la violence dans un service d'urgence à court terme et de quantifier la violence dans un service d'urgences.
Méthode	Etude transversale, pendant (sondage I), à 3 mois (sondage II) et 6 mois (sondage III) après le programme de prévention et de gestion des comportements agressifs. Un sondage sur 7 jours auprès des infirmiers pendant 2 semaines a été effectué pour mesurer le total et le nombre moyen d'événements violents.
Résultats	<p>La survenue d'événement violent a diminué entre le cours de formation (sondage I) et le sondage II à 3 mois puis a augmenté à nouveau entre le sondage II et le III à 6 mois. Le nombre de rapport d'événement violent était de 49 au sondage I, de 19 au sondage II et enfin de 46 au sondage III. Pour la violence verbale, il y a eu 154 rapport au sondage I, 58 au sondage II et enfin 111 au sondage III à 6 mois. 72% des infirmiers estiment avoir perdu 30min de travail à cause des événements violents, 11% 1h, 9% entre 1-2h et 4% plus de 2h. Sur les 3 sondages, les impacts principaux de la violence verbale sur les infirmiers ont été l'augmentation de l'irritabilité (45,9%), pas d'impact (31,4%), l'anxiété (18,9%) et se sentir bouleversé (17,6%). Pour la violence physique les impacts sont les suivants, pas d'impact (41,1%), augmentation de l'irritabilité (29,9%), se sentir bouleversé (21,5%) et la peur d'être seul avec un patient (18,7%). Les réponses aux actes de violence verbale sont, pas de rapport (51,4%), discussion avec des collègues (39,9%), rapporté dans</p>

	<p>les documents de soins (29,4%) et rapporté aux managers (1,4%). Les réponses aux actes de violence physique sont, discussion avec des collègues (43,6%), rapporté dans les documents de soins (43,6%), pas de rapport (36,4%) et rapporté aux managers (10%).</p>
Discussion/Conclusion	<p>Cette étude montre un haut taux de violences pour les infirmiers des urgences. Dans 23% des périodes de travail des infirmiers, il existe une forme de violence verbale allant des gestes menaçants sans conséquence à des attaques avec des blessures subséquentes. Alors que pour la violence verbale, ce taux s'élève à 83% pendant un quart de travail. Il y a une diminution initiale de la violence (physique et verbale) après le programme de management de la violence jusqu'à 3 mois puis une légère augmentation entre 3 à 6 mois après ce programmes avec des raisons peu claires quant à cette augmentation. Les facteurs d'influences sont peut être les changements de saisons entre les sondages, un besoin de rafraîchir le programme de gestion de la violence,... Les auteurs pensent que ce programme peut diminuer la survenue de violence verbale en enseignant des actions visant à anticiper la survenue de cette violence (anticiper les besoin de médicaments contre la douleur, informer les patients sur le temps d'attente,...). Les répondants ne se sentent pas toujours en sécurité dans le service des urgences, à long terme, ce sentiment peu entrainer de la peur, de l'insécurité, du stress et des départs pour d'autre service plus sûr si le sentiment de sécurité n'augmente pas. Cette étude montre que les infirmiers cachent leurre identité, perdent du temps de travail et quitte leur travail en réponse à cette violence. Cette étude montre que le personnel se sent plus en sécurité après un programme d'entraînement. La perception d'un environnement sûr de travail augmente le moral du personnel infirmier et de ce fait peut aider à avoir une meilleure réponse aux épisodes de violence.</p> <p>Une suite proposée par cette recherche est d'effectuer une étude sur la nature des évènements violents, la nature des offenseurs et sur la réponse du personnel infirmier. De plus, il serait bénéfique de déterminer les besoins d'un programme</p>

	<p>additionnel de formation continue et les différences sur la gestion de la violence que cela pourrait engendrer.</p> <p>Cette étude ne s'est pas déroulée sur un assez long temps pour montrer l'incidence des variations des saisons sur les actes de violences. Deuxièmement les sondages ont été effectués à des jours différents de la semaine. Enfin, cette étude ne montre pas clairement les effets à long terme d'un programme d'entraînement à la gestion de la violence.</p>
--	--

Bibliographie	<p style="text-align: center;">8.</p> <p>Gates, D., Ross, C., McQueen, L. (2006). Violence : Recognition, management and prevention. Violence against emergency department workers. <i>The Journal of Emergency Medicine</i>, 31, 331-337.</p>
Type d'étude	Etude quantitative
Question/But	<p>Le but de cette étude est de décrire l'expérience de la violence des travailleurs des urgences depuis les patients et les accompagnateurs pendant les 6 mois qui ont précédés ce sondage. Les buts spécifiques sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifier la fréquence de la violence physique et non-physique contre les travailleurs des urgences ; 2. Décrire les blessures physiques et la perte de temps qui résulte de la violence ; 3. Identifier les facteurs en relations avec les incidents violents ; 4. Identifier le rapport des actes de violence ; 5. Identifier la perception du personnel de la sécurité et les suggestions pour l'améliorer ; 6. Identifier s'il y a une relation pour les employés entre « satisfaction au travail, sentiment de sécurité et expérience de la violence ».
Méthode	Cette étude s'étend sur 5 Hôpitaux dans une ville du Midwest américain. Il y a une population d'à peu près 600

	travailleurs des urgences. Les termes suivants ont été spécifiquement définis pour cette étude ; harcèlement verbal, harcèlement sexuel, menace verbale et agressions physique. Le questionnaire est anonyme et auto-administré.
Résultats	<p>Il y a 73,1% de femme répondante et 39,4% d'infirmiers, ce qui représente la majorité de tous les travailleurs des urgences pour cette étude.</p> <p>Incidence d'expériences de violence non physique</p> <p>98% des infirmiers ont expérimentés de la violence verbale venant des patients et des visiteurs. 67% des infirmiers ont expérimentés des menaces verbales. 44% des infirmiers ont subi du harcèlement sexuel venant des patients ces 6 derniers mois et 21% venant des accompagnants des patients.</p> <p>Incidence de la violence physique</p> <p>67% des infirmiers ont subi au moins une fois une agression physique venant d'un patient et 8% venant d'un accompagnateur.</p> <p>Blessures et perte de temps de travail du aux agressions physiques</p> <p>Il y a eu pendant ces 6 derniers mois, 32 agressions physiques venant des patients. 4 des répondants ont reçu un support médical, il y a eu perte de 3 jours de travail pour 3 de ces personnes et de 1 jour pour la dernière.</p> <p>Facteur contribuant à une agression physique</p> <p>Manque de personnel dans 32% des cas. Agression entre 19h et 7h dans 28% des cas. Manque d'information sur des patients et des visiteurs avec un passif violent dans 19% des cas. Long temps d'attente de la part des patients dans 60% des cas. Manque de personnel de sécurité ou de présence policière, 36%. Zone des patients et de triage ouverte au public, 32%. Sécurité ou police ne répondant pas dans un temps adéquat à une alarme dans 27% des cas.</p> <p>Entraînement de prévention de la violence</p>

	<p>64% des répondants n'ont eu aucun cours ou journée de formation en lien avec la violence pendant les 12 derniers mois.</p> <p>Relation entre le sentiment de sécurité, la satisfaction au travail et les expériences de violence</p> <p>26% des infirmiers ont répondu qu'ils ne se sentent jamais ou très rarement en sécurité et seulement 1% se sentent en sécurité.</p> <p>Suggestions pour augmenter la sécurité</p> <p>102 participants ont répondu vouloir avoir une présence policière plus importante aux urgences. 51 participants veulent plus d'obstacles environnementaux dans les urgences.</p>
Discussion/Conclusion	<p>Cette étude montre que les infirmiers sont à un haut risque de violence physique et non-physique. Elle montre aussi que le sentiment de sécurité est en lien avec le sentiment de satisfaction au travail. Le faible sentiment de sécurité des infirmiers a un retentissement sur la rétention du personnel et la prise en charge des patients.</p> <p>Le taux de rapport des actes de violence est très bas et le staff répond qu'il n'a pas le temps de remplir les documents nécessaires. Comme la majorité des agressions ne crée pas de blessures sérieuses, l'équipe accepte ces assauts comme une partie normale du travail ou pense que rapporter ces incidents ne ferait pas de différence. Les employeurs encourent les coûts médicaux et psychologiques pour les blessures de leurs employés. Les infirmiers ayant expérimenté une violence physique rapportent à court et long terme des réactions émotionnelles (peur, tristesse, frustration, anxiété, dépression, irritabilité,...). Les soignants ayant subi une violence physique ou non-physique sont plus exposés au burn-out.</p> <p>Cette étude n'a pas pu montrer le taux de non rapport pour les actes de violence. Le manque de rapport est un problème important qui doit être pris en charge par les managers, dans l'ordre, pour documenter les risques, créer des plans d'interventions et réduire de tels incidents. La tolérance de la violence dans le milieu des urgences par les infirmiers et l'administration doit cesser. Une attention particulière doit être mise en place pour augmenter le taux de rapport de</p>

violence sur le lieu de travail.

Il est décourageant de constater que seulement 36% des participants avaient eu une formation en prévention et gestion de la violence durant l'année passée. Les infirmiers sont les plus exposés du fait du grand nombre de patients et d'accompagnants qu'ils côtoient quotidiennement. Les infirmiers ont besoin de formation leur donnant des stratégies à utiliser dans les urgences, les cours doivent dépasser l'approche didactique et donner des opportunités de pratiquer des jeux de rôle et des exercices de simulation.

Un des facteurs principaux identifiés par les employés des urgences en lien avec la survenue de violence est le temps d'attente pour les patients et les accompagnateurs. Le management devrait mettre en place une structure permettant aux patients ayant une difficulté à gérer leur stress de le gérer. Par exemple en employant des travailleurs sociaux dans les urgences pour conseiller des patients et des accompagnants dans la gestion de leur stress. Les managers devraient tendre à diminuer le temps d'attente ou si cela n'est pas possible, offrir un lieu d'attente adéquat et assigner du personnel avec des compétences spécifiques pour maintenir la communication avec les patients de la salle d'attente.

En conclusion, il est probable qu'il sera dur d'enrayer la violence dans les services d'urgences mais elle peut être réduite en favorisant l'éducation, la formation et les changements environnementaux. Il est primordial que les infirmiers des urgences et les administrations réalisent que la violence ne doit pas être acceptée ni tolérée.

Bibliographie	<p style="text-align: center;">9.</p> <p>Crilly, J., Chaboyer, W., Creedy, D. (2004). Violence towards emergency department nurses by patients. <i>Accident and Emergency Nursing</i>, 12, 67-73.</p>
Type d'étude	Etude quantitative
Question/But	Cette étude identifie l'incidence de la violence venant des patients à l'encontre des infirmiers des urgences.
Méthode	Une étude longitudinal, descriptive sur 2 populations d'infirmiers des urgences du South East Queensland en Australie collectant un peu plus de 80'000 patient par année pour traitement. En tout, il y a eu 108 infirmiers des urgences qui ont participés à cette recherche.
Résultats	<p>Sur les 108 infirmiers, 70% rapportent avoir été confronté à de la violence pendant les 5 mois précédents l'étude. Il y a eu en tout 110 incidents violents dont 86 patients portaient la responsabilité de ces actions violentes. 53% des incidents étaient de la violence verbal (injures, menaces, intimidations) et 26% mêlaient violence verbale et physique, le reste des évènements n'étaient pas assez précis pour déterminer si cela était de la violence verbale ou physique. 37% des évènements violents se passent entre 15h et 23h, 21% entre 23h et 7h et 20% entre 7h et 15h (il faut préciser que 22% des évènements n'avaient pas de précision quant à l'heure où cela c'était passé). Le temps d'attente moyen relevé lors d'incident violent était de 66.2min. Les patients avec une catégorie 3 et 4 (lors du triage) représentent 68% du total des actions violentes. Lors de violences verbales, dans 50% des cas, les patients n'étaient pas sous influence d'alcool, de drogue ou de maladies pouvant altérer le jugement. Les patients violents, sont décrits par les infirmiers comme ayant des comportements très demandant et exigeant.</p>
Discussion/Conclusion	Les infirmiers des urgences sont en premières lignes lors de l'entrée dans un hôpital, ils sont donc plus exposés que les autres infirmiers. Les infirmiers rapportent à 71% des incidents violents durant les 5 mois précédant l'étude ce qui est bas

par rapport aux autres études du même genre, cela peut s'expliquer par le non-rapport, peut être, d'incidents violents. Mais cette étude montre que les infirmiers des urgences sont exposés à un haut risque de violence.

Le temps d'attente ressort comme facteur précipitant ce qui est en accord avec les autres études du genre. Une étude de Lavoie et al. (1988) identifie que 78% des incidents violents se passent avant 1h d'attente, ce qui est en accord avec cette étude.

Les caractéristiques principales ressorties par les infirmiers concernant les patients violents sont une grande demande d'attention et un comportement exigeant.

Les abus verbaux les plus courants sont les insultes, l'intimidation, les cris et les menaces.

Un total de 21 infirmiers ont été victime de violence physique comme être poussé, frappé ou giflé. Il n'y a pas de personnel de sécurité présent en permanence. Cela pourrait être un support lors d'agression physique.

Cette étude ressort des recommandations pour les futures recherches et pour la pratique.

Recommandations pour la recherche

- Faire une définition claire et commune de la violence afin de pouvoir comparer les différentes études entre elles ;
- Comparer les différents secteurs d'un hôpital pour voir si les urgences sont à un plus haut risque de violence ;
- Inclure les accompagnants des patients et les autres visiteurs dans les études sur la violence envers les infirmiers ;
- Utiliser des observations structurées pour lutter contre le non-rapport des actes de violence ;
- Utiliser dans les futures études des groupes de contrôle. Après avoir identifier les groupes de patient à risque, étudier les groupes de patients non-violents.

Recommandation pour la pratique

- Développer des programmes de formation continue sur les techniques de désescalade de la violence et la gestion de

	<p>l'agression, l'acquisition de compétences et le mentorat par les pairs ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer des politiques et des procédures appropriées lors de survenue d'évènements violents ; • Examiner le besoin en personnel infirmier au triage. Une approche serait d'augmenter la dotation en personnel au triage pour manager les patients en attente ; • Créer un team de gestion de la violence pour gérer et protéger la santé et la sécurité du personnel des urgences. <p>En conclusion, la violence à l'encontre des infirmiers des urgences est un problème mais le rapport des incidents violents est faible. Les infirmiers doivent rapporter ces actes à l'administration et à la société pour montrer l'étendue du problème. Les infirmiers, comme le reste de la société ont le droit d'avoir un lieu de travail sécurisé.</p>
--	--

Bibliographie	<p style="text-align: center;">10.</p> <p>Ferns, T. (2005). Violence in the accident and emergency department – An international perspective. <i>Accident and Emergency Nursing</i>, 13, 180-185.</p>
Type d'étude	Revue de littérature.
Question/But	Examiner le phénomène de violence vécu par les infirmiers d'services des urgences avec une perspective internationale. Le but second est de faire une critique sur l'état des connaissances sur la violence ou l'agression dans les services d'urgences.
Méthode	Etude d'articles provenant de différents pays (UK, USA, Australie, Europe,...). Comme critère d'inclusion, les études doivent être écrites en anglais et apporter de nouvelles connaissances.
Résultats	Lorsque des armes sont utilisées dans le service des urgences, elles proviennent, dans la majeure partie des cas, du service

	<p>même des urgences. Cela peut être des chaises, meubles, seringues,...</p> <p>Il y a une grande différence, au niveau de la violence physique entre les USA, UK et l'Australie. Au USA, les blessures physiques seront plus souvent due à des armes amenées à l'intérieur des urgences par les patients ou les proches eux-mêmes, alors que dans les 2 autres pays, lors de blessures des infirmiers, cela venait très souvent du patient sans arme ou alors avec du matériel des urgences.</p> <p>Dans toutes les études, les infirmiers rapporte un sentiment de vulnérabilité, de frustration, d'angoisse et parfois même de peur. Toutes les études rapportent un haut taux de violence verbale à l'encontre des infirmiers des urgences.</p> <p>Une étude anglaise de Dickerson et al. (2004) montre que les infirmiers ont une perception plus élevée que les managers sur le degré de sévérité de la violence sur leur lieu de travail.</p> <p>Le taux d'absence moyen après une agression physique ou une violence émotionnelle est de 1-2 jours.</p>
Discussion/Conclusion	<p>Il y a eu plusieurs difficultés pour mener à bien cette étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les différences culturelles ; • Pas de définition unique ou de catégorisation unique de la violence ; • Les études qualitatives sont des apports subjectifs venant des infirmiers. <p>Il n'est pas facile de faire la différence entre la perception de la violence et les faits documentés sur la violence. Il faudrait mener des études pour différencier la perception de la réalité.</p> <p>Une problématique principale est le non-rapport de la violence. Les raisons pour ce non-rapport est souvent la pression du temps, le fait de croire que ne pas avoir pu gérer la situation violente n'est pas professionnel ou alors que le personnel infirmier à peur des éventuels représailles. Une étude de Rose (1997) montre que 2/3 des incidents de violence verbale ne sont pas rapporté et que ce taux est de 21% pour les violences physiques. Les conséquences de ce non-rapport est une</p>

	<p>sous-estimation du phénomène de violence.</p> <p>Les données en lien avec la violence physique contre infirmiers des urgences montrent que cela est assez rare et que l'utilisation d'armes est très peu courante en Europe. Par contre, la violence verbale, l'intimidation apparaissent comme significatives et les conséquences psychologiques de ces expériences ne devraient pas être sous-estimées.</p>
--	--

Bibliographie	<p style="text-align: center;">11.</p> <p>Catlette, M. (2005). A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers. <i>Journal of Emergency Nursing</i>, 31, 519-525.</p>
Type d'étude	Etude qualitative
Question/But	Le but de cette étude est de décrire le phénomène de violence sur le lieu de travail (le service des urgences) par des infirmiers qui travaillent dans des services des urgences en les interviewant sur la thématique suivante : Comment des infirmiers des services des urgences décrivent l'expérience de la violence sur leur lieu de travail ?
Méthode	Interview de 8 infirmiers des urgences, interviews volontaires.
Résultats	<p>Après études des interviews, chaque réponse a été classée en catégories puis sous-catégories pour enfin faire ressortir des thématiques en réponse à la question de recherche. Les 6 catégories sont les suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Degré du sentiment de sécurité au travail ; 2. Expériences spécifiques de violence au travail ; 3. Coping du les stress en lien avec le travail ; 4. Compréhension personnelle du phénomène de violence au travail ;

	<p>5. Prévention de la violence au travail ;</p> <p>6. Programme d'éducation et d'entraînement pour gérer la violence au travail.</p> <p>De ces 6 catégories, il est ressorti 2 thèmes principaux, à savoir la vulnérabilité et les mesures de sécurité inadéquates.</p> <p>Mesures de sécurité inadéquates</p> <p>Tous les infirmiers questionnés sont d'accord sur le fait d'avoir du personnel sécurité ou des policiers en uniformes dans le service des urgences.</p> <p>Les infirmiers se questionnent si leur formation en gestion de la violence durant leurs études est suffisante et si cela serait judicieux de mettre en place un programme de formation continue.</p> <p>Vulnérabilité</p> <p>Les infirmiers questionnés ont beaucoup disserté sur la situation au travail qui crée un sentiment de vulnérabilité en pensant qu'un incident violent pourrait arriver. La plupart ne se sent pas en sécurité sur leur lieu de travail. Ils parlent beaucoup de comment des incidents violents se sont produit mais très peu sur la prévention de ces incidents. Les infirmiers ont aussi exprimé un sentiment de vulnérabilité quant les membres de la famille du patient deviennent impatient durant des interactions qui sont déjà difficiles au niveau émotionnel. Ils rapportent que le type de violence le plus courant venant des proches ainsi que des patients est la violence verbale mais que parfois de la violence physique apparaît également.</p>
Discussion/Conclusion	<p>Cette étude est limitée par le fait que peut être, les infirmiers volontaires pour les interviews ont été plus exposés à des phénomènes de violence que la moyenne et que cela a pu interférer avec les réponses données lors des interviews.</p> <p>Lors des entretiens, les infirmiers ont identifiés des facteurs de risques environnementaux qui devraient être amélioré afin d'augmenter le sentiment de sécurité, surtout au niveau du contrôle des personnes entrant dans le service des urgences.</p>

Le département des urgences est identifié dans la littérature comme augmentant le risque d'incidents violents. Les professionnels de la santé et les dirigeants ne reconnaissent que très lentement cet état de fait.

Il est primordial de former correctement, selon les infirmiers interviewés, le personnel des urgences en gestion de la violence. Il est aussi important d'écouter les propositions venant des infirmiers concernant la sécurité sur leur lieu de travail. Les données montrent que les infirmiers des urgences peuvent apporter une aide essentielle au développement d'une politique de sécurité et de procédures de sécurité.

Les écoles de formation ont un rôle primordial dans la formation des futurs infirmiers en gestion de la violence puis c'est aux hôpitaux de continuer cette formation.

Une politique sur la violence doit être claire dans le service des urgences et des changements doivent être effectués afin d'augmenter la présence d'officier de sécurité, d'équipement de sécurité et diminuer la charge de surveillance des infirmiers qui devrait être laissée au personnel de sécurité.

Des programmes de gestion de la violence doivent être donnés à tous les professionnels des urgences.

Les recherches qualitatives sur la violence sur le lieu de travail aux urgences sont minimales. Des données sont nécessaires sur les différents facteurs de risques en lien avec la violence. Des études doivent être menées pour tester l'efficacité des programmes éducationnels sur la gestion de la violence. Le support de l'administration des hôpitaux est le facteur clef de l'implantation d'un plan de prévention de la violence dans les services d'urgences.

Bibliographie	<p style="text-align: center;">12.</p> <p>Ayranci, U. (2005). Violence : Recognition, management and prevention. Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. <i>The Journal of Emergency Medicine</i>, 28, 361-365.</p>
Type d'étude	Etude quantitative.
Question/But	Le but de cet étude est de décrire l'épidémiologie de la violence comme la violence verbale, des menaces spécifiques et des incidents violents dans les services d'urgences de Turquie afin de définir des facteurs de risques, et fournir plus d'attention sur la violence dirigée à l'encontre des travailleurs des urgences depuis les patient ou leur entourage.
Méthode	Questionnaire auto-administré à 18 services d'urgences de Turquie.
Résultats	<p>Il y a eu un total de 195 questionnaires retournés, comprenant 59 infirmiers. 72,3% des répondants ont eu une expérience de violence durant l'année passée et pour les infirmiers ce chiffre s'élève à 80,8%. 66,1% des infirmiers ont eu une expérience de violence verbale et 11,9% de violence physique.</p> <p>La violence à pour origine à 52% des patients et dans 89% des cas des accompagnants de patients.</p> <p>50% des personnes ayant subis une violence physique ont reçu une aide de la par de leur service d'urgences et ont été arrêté pour un temps certain.</p>
Discussion/Conclusion	<p>La fréquence de violence sur les travailleurs des urgences venant des patients ou de leurs accompagnants est élevée. Dans cette étude, la violence verbal est très élevée et s'élève à 72,4% pour les travailleurs des urgences. Il faut aussi noté que 4,3% des travailleurs des urgences ont été blessés durant l'année écoulée.</p> <p>Cette étude montre que les professions les plus exposées sont les infirmiers et les médecins et qu'ils sont particulièrement vulnérables aux différentes formes de violence. Cela est le simple reflet que ces 2 professions sont le plus au contact des patients et qu'ils ont le plus d'interactions à risque avec des patients ou leur entourage.</p>

	<p>Dans cette étude, les heures les plus à risque sont entre 20h et 5h du matin.</p> <p>Des futures recherches sont essentielles pour identifier les facteurs de risque spécifiques et pour faire une épidémiologie des agressions et de la violence sur les travailleurs des services des urgences ce qui permettra de développer des stratégies adaptées de prévention de la violence.</p>
--	--

Bibliographie	<p style="text-align: center;">13.</p> <p>Lyneham, J. (2000). Workplace violence in New South Wales emergency departments. <i>Australian Journal of Advanced Nursing</i>, 18, 8-17.</p>
Type d'étude	Etude quantitative.
Question/But	<ol style="list-style-type: none"> 1. Définir la violence avec la perspective des infirmiers des urgences dans le New South Wales ; 2. Identifier les perceptions de la violence de ces infirmiers ; 3. Examiner les réponses des infirmiers des urgences et des managers aux évènements de violence.
Méthode	L'étude s'est faite en 2 phases. Pendant la phase 1, interview de 9 infirmiers sur la violence en générale dans leurs services d'urgences afin de faire un questionnaire. La phase 2 consiste en la distribution d'un questionnaire sur la violence aux urgences à 650 infirmiers des urgences.
Résultats	<p>En tout, 266 infirmiers sur 650 ont retourné le questionnaire. Après dépouillement, seulement 3% des services d'urgences n'ont pas de système de sécurité, 76% ont des portes sécurisées, 61% des alarmes personnelles, 45% des circuits de surveillance vidéo.</p> <p>Tous les répondants ont eu une expérience de violence au moins une fois. 58% de violence verbale, 56% d'abus de</p>

	<p>langage au téléphone, 14% ont été confronté à de l'intimidation physique voir même à un assaut et 29% ont été blessé de façon hebdomadaire. 77% des répondants ressentent parfois de la peur au travail et 17% souvent. La violence à l'encontre des infirmiers vient à 92% des patients et de leur entourage.</p> <p>Au niveau des facteurs précipitant la violence, le temps d'attente est relevé dans 85% des actes de violence et les facteurs socio-économiques dans 62% des cas.</p> <p>Au niveau du rapport des actes de violences, 20% ne rapporte jamais ces actes, 54% rarement, 7% parfois, 5% souvent et 14% toujours. 52% des répondants ne sont pas satisfait des réactions des managers après le rapport des actes de violence. 52% répondent n'avoir jamais reçu de support après leur plus grave incident violent. La plupart des infirmiers rapportent que l'aide venait principalement de leurs collègues.</p>
Conclusion/Discussion	<p>Après comparaison de ces résultats avec des études plus anciennes, il ressort que les statistiques n'ont pas changées en 10 ans au niveau de la violence verbale et physique. La plupart des répondants sont préoccupés par l'implémentation inappropriée d'une politique sur la violence dans leur service d'urgences.</p> <p>Le fait que les actes violents viennent en majorité des patients et de leur entourage est en corrélation avec les autres études australiennes. Il est aussi rapporté que les infirmiers des autres services sont aussi une source de violence verbale (principalement au téléphone) envers les infirmiers des urgences.</p> <p>Un facteur précipitant important est le temps d'attente (le temps pour entrer dans le service, pour voir un médecin, pour recevoir des examens, pour avoir le résultat des examens, le temps pour voir un médecin cadre et enfin le temps d'attente pour avoir une chambre).</p> <p>Quant une situation potentiellement violente apparaît, il est raisonnable de pouvoir compter sur une aide appropriée de la part de l'équipe de soins ou du service de sécurité et dans un temps approprié. Beaucoup de répondant ont rapporté</p>

l'entraînement inadéquat, le manque de connaissance et les actions inadéquates du service de sécurité.

Le résultat du non-rapport des incidents violents dans les services d'urgences est préoccupant. Les infirmiers des urgences ne rapportent pas ou peu les incidents car ils ne voient pas les résultats de ces rapports et perçoivent cette violence comme étant une partie normale du travail.

Les recommandations suivantes ont été faites après analyse de tous les résultats :

- Une étude élargie incluant tout les infirmiers des services des urgences pour déterminer précisément le phénomène de violence doit être menée ;
- Faire des informations pour les infirmiers des autres services que celui des urgences afin de les informer des fonctions, rôles et responsabilité des infirmiers des urgences. Cette action qui pourrait réduire les tensions entre infirmiers des différents services ;
- Education et entraînement de personnel afin d'avoir des réponses appropriées à la violence aux urgences ;
- Chaque hôpital devrait avoir un téléphone avec ligne direct aux services de police à utiliser en cas d'urgence ;
- L'installation dans chaque service d'urgence d'un service de sécurité présent en tout temps devrait être mis en place ;
- Les managers devraient s'assurer d'un nombre adéquat de personnel dans le service des urgences ;
- Un support légal doit être offert aux personnes victimes de violence afin d'effectuer des actions légale à l'encontre des patients/accompagnateurs violents ;
- Un système de surveillance vidéo doit être installé dans chaque service des urgences ;
- Développer et encourager le rapport des incidents de violence.

En conclusion, les hôpitaux doivent se fournir d'une politique sur la violence clair et apporter un support institutionnel au niveau de la formation et du soutien des infirmiers en cas de violence. Les effets de la violence au travail sont significatifs

	et coûteux. Des recherches devraient être mise en place pour étudier les causes et l'influence du non-rapport des incidents violent, sur la sécurité, sur les facteurs précipitant ou facilitant la violence et cela afin de trouver des solutions pour protéger les infirmiers des urgences.
--	---

ANNEXE 2 : LE COPING ET LES STRATÉGIE D'AJUSTEMENT FACE AU STRESS

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	oui
1. J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi				
2. J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse				
3. J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais				
4. Je me suis battu(e) pour ce que je voulais				
5. J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé				
6. J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce qu'il m'a conseillé				
7. J'ai changé positivement				
8. Je me suis senti(e) mal de ne pouvoir éviter le problème				
9. J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis				
10. J'ai pris les choses une par une				
11. J'ai espéré qu'un miracle se produirait				
12. J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation				
13. Je me suis concentré(e) sur un aspect positif qui pourrait apparaître après				
14. Je me suis culpabilisé(e)				
15. J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions				
16. Je suis sorti plus fort(e) de la situation				
17. J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux				
18. J'ai parlé avec quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet de ce problème				
19. J'ai changé des choses pour que tout puisse bien finir				
20. J'ai essayé de tout oublier				
21. J'ai essayé de ne pas m'isoler				
22. J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée				
23. J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude				
24. J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un				
25. J'ai trouvé une ou deux solutions au problème				
26. Je me suis critiqué(e) ou sermonné(e)				
27. Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver				

Table II : Validation française de la WCC-R par COUSSON-GÉLIE et al. (1996).

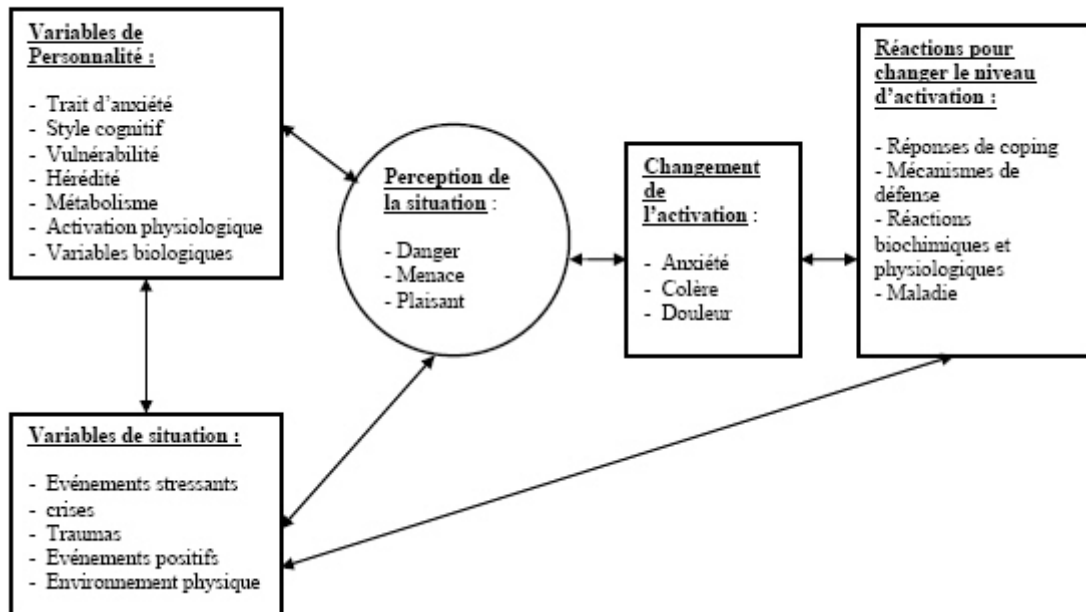
Cotation : Chaque item sera coté de 1 à 4 points, selon la réponse du sujet (Non : 1, Plutôt Non : 2, Plutôt Oui : 3, Oui : 4), sauf l'item 15 qui est coté en sens inverse (Non : 4, Plutôt non : 3, Plutôt oui 2, Oui : 4). Les scores d'échelle seront obtenus en faisant la somme des scores d'items correspondant à chaque dimension, soit :

Coping problème : items 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 27.

Coping émotion : items 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26.

Coping soutien : items 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24 (attention à l'item 15, coté en sens inverse).

ANNEXE 3 : MODÈLE MULTIDIMENSIONNEL ET INTERACTIONNEL DU STRESS ET DE L'ANXIÉTÉ DE ENDLER



Prise de position : Abus et violences à l'encontre du personnel infirmier

Prise de position du CII:

Le Conseil international des infirmières (CII) condamne avec la plus grande énergie toutes les formes d'abus et de violence à l'encontre du personnel infirmier, y compris le harcèlement sexuel. De tels actes violent le droit des infirmières à l'intégrité et à la dignité de leur personne, ainsi que leur droit à ne pas souffrir.

Le CII condamne les actes d'abus et de violences commis à l'encontre de toute personne, y compris les autres personnels soignants, les patients, les enfants, les personnes âgées et tout citoyen à titre privé. Il convient cependant de relever que dans le monde du travail, les infirmières constituent une catégorie particulièrement exposée et c'est pourquoi il faut continuer à accorder une attention particulière à la nécessité d'éliminer toutes les formes d'abus et de violences dont est victime le personnel infirmier.

Pour le CII, il ne fait aucun doute que la violence sur le lieu de travail menace la fourniture de services efficaces aux patients et par conséquent leur sécurité. Si l'on veut que la qualité des soins soit assurée, il convient d'assurer aux infirmières un environnement de travail sûr ainsi qu'un traitement respectueux. Des charges de travail excessives, des conditions de travail peu sûres et un soutien inapproprié peuvent être considérés comme des formes de violence et comme étant incompatible avec la notion de "bonnes pratiques".

Le CII s'efforce de contribuer à l'élaboration et à la promotion de politiques qui reflètent un degré de tolérance zéro de la violence en s'appuyant sur la législation, les règlements de personnel, les sanctions judiciaires, les normes en matière d'environnement sur le lieu de travail, ainsi que sur les normes culturelles. Des sanctions devraient être prises afin de refléter la gravité de quelconque incident. La coopération avec d'autres

organisations partageant les objectifs de la campagne contre la violence est particulièrement importante.

Le CII soutient que chaque infirmière a la responsabilité de dénoncer les incidents violents qui se produisent dans son contexte professionnel. Des mesures de sécurité appropriées doivent être appliquées afin de protéger les étudiants en soins infirmiers qui sont particulièrement à risque sur le lieu de travail.

Le CII exhorte les associations nationales d'infirmières à tout faire pour :

- sensibiliser le public et la communauté des infirmières aux diverses manifestations de la violence perpétrée à l'encontre du personnel infirmier ;
- assurer l'accès du personnel infirmier (victime ou auteur de la violence) à des services consultatifs, y compris en matière de soutien apporté lors des procédures de dénonciation, de plainte et d'indemnisation ;
- négocier l'introduction et le maintien de mesures de sécurité appropriées et de procédures de plaintes confidentielles dans l'environnement du travail et de l'apprentissage ;
- aider les infirmières, y compris pour ce qui est de leur faciliter l'accès à une assistance juridique lorsque cela s'avère nécessaire ;
- rencontrer les plus hauts responsables des groupes d'employeurs concernés et des organisations nationales de santé ou autres, afin d'obtenir leur aide pour garantir des environnements de travail sûrs et respectueux ;
- s'assurer que les employeurs respectent leurs obligations en matière de santé et de sécurité, notamment en assurant un taux d'encadrement adéquat (c'est-à-dire un personnel suffisamment nombreux) et en s'efforçant de promouvoir des modèles de comportements sûrs ainsi que des méthodes de travail propices à la qualité des soins de santé. Cela implique qu'il faudra contrôler les employeurs et dénoncer ceux qui faillissent à leurs obligations ;
- S'assurer que les moyens d'agir contre la violence et les abus existent et qu'ils sont connus des infirmières ;
- Proposer une éducation et une formation permanente améliorées en termes de reconnaissance et de prise en charge de la violence et des abus dans un contexte professionnel ;

- contribuer à mettre en place une culture infirmière qui ne perpétue pas la tendance de ces dernières à rejeter sur elles-mêmes la responsabilité des incidents de violence ;
- promouvoir une image positive des infirmières et promouvoir le respect du droit des infirmières à la dignité et à la sécurité de leur personne, notamment en insistant sur leur rôle. Introduire dans le programme de formation des infirmières des cours sur l'élimination et/ou la gestion de la violence ;
- participer au développement de méthodes de travail qui garantissent la qualité des soins, des niveaux de dotation en personnel adéquat et promeuvent des comportements sûrs ;
- Contribuer à la collecte de données fiables intéressant la violence dans le secteur de la santé ;
- négocier des stratégies de lutte contre la violence au travail consistant en interventions organisationnelles, environnementales et individuelles ;
- créer ou encourager la création de procédures de dénonciation confidentielles, conviviales et efficaces ;
- Soutenir les institutions d'éducation à introduire une formation formelle en regard à l'abus et la violence sur le lieu de travail.

Contexte

La maladie et les facteurs de risque potentiel pour la vie provoquent du stress chez les patients, les membres de leur famille et le personnel présent sur les lieux de travail du secteur de la santé. Un tel stress peut aggraver les facteurs susceptibles d'engendrer la violence - facteurs dont il semble qu'ils aient atteint un niveau élevé dans la société en général et sur les lieux de travail du secteur de la santé en particulier.

La violence au travail est omniprésente. Les effets de la violence psychologique sont aussi graves, voire pires, que ceux de la violence physique. La violence psychologique est également plus fréquente.

Les conditions de travail dans le secteur de la santé exposent les infirmières et d'autres personnels à des risques plus élevés de violence; à cause, notamment :

- des modalités d'emploi du personnel : dotation en personnel et contrôle inadéquats, utilisation de personnel temporaire et inexpérimenté et responsabilité totale d'unités de soins de santé ;
- de la rotation du personnel, y compris la nuit ;
- du manque de mesures de sécurité dans les établissements de santé ;
- des interventions exigeant un contact physique rapproché ;
- de la charge de travail exigée dans des environnements qui sont souvent éprouvant du point de vue émotionnel ;
- de la facilité avec laquelle quiconque peut accéder aux lieux de travail qui ne laissent la place à presque aucune intimité ;
- des visites à domicile et de l'isolement qui en découle.

Les recherches effectuées montrent qu'au sein du personnel du secteur de la santé, ce sont les infirmières qui sont le plus exposées. La prévalence des violences contre les infirmiers et les infirmières est troublante en comparaison de celles subies par les membres d'autres professions. Malheureusement les effets de cette violence se font sentir au-delà du contexte professionnel, jusque dans les foyers des victimes et des observateurs. On parle de violence indirecte. La violence verbale ne doit pas être minimisée car ses effets se rapprochent à la violence physique qui inclue les répercussions sur les soins prodigués.

Traditionnellement, de nombreuses cultures ont toléré ou couvert la violence physique, le harcèlement sexuel ou les violences verbales perpétrés contre les femmes bien qu'il s'agisse d'une violation de leurs droits humains. En outre, les infirmières acceptent le plus souvent passivement les abus et la violence comme faisant partie de leur travail – un point de vue qui est parfois partagé par le public et les autorités judiciaires. Les pressions exercées sur les femmes et les hommes pour qu'elles gardent le silence sont grandes. Elles ne sont pas encouragées à porter plainte, ce qui entraîne une sous-évaluation des incidents et, par là même, empêche l'élaboration de stratégies efficaces de lutte contre la violence.

Les infirmières ont dû faire face à la violence, même si les programmes de formation permettant au personnel infirmier de pouvoir identifier les situations potentiellement dangereuses et développer des mécanismes afin de faire face aux agressions.

Parmi les conséquences des violences verbales et physiques et du harcèlement sexuel, on peut citer :

- les chocs, la dépression, les sentiments d'incrédulité ou de honte, de culpabilité, de colère, de peur, d'impuissance et d'exploitation ;
- les blessures physiques et les troubles (migraines, vomissements), y compris les troubles sexuels ;
- une hausse du stress et de l'anxiété ;
- une perte de l'estime de soi et une perte de confiance en ses compétences professionnelles ;
- un comportement de repli qui peut affecter la performance au travail, notamment par l'absentéisme ;
- des effets néfastes sur les relations interpersonnelles ;
- une perte de satisfaction au travail, un moral bas chez le personnel et un taux de renouvellement du personnel (turnover) accru.

La violence est destructrice et a des effets profondément néfastes sur les personnes qui en sont témoins comme sur les victimes et leurs familles. La violence peut être définie comme un « poison » de l'environnement de travail.

Références:

Directives : comment affronter la violence au travail, Genève, CII, 2004.

Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé du BIT/CII/OMS/ISP (http://www.icn.ch/SewWorkplace/workplace_violence.fr.pdf)

Adoptée en 2000, revue et révisée en 2006.

Le Conseil international des infirmières est une fédération de plus de 130 associations nationales d'infirmières représentant des millions d'infirmières du monde entier. Géré par des infirmières et à l'avant-garde de la profession au niveau international, le CII

œuvre à promouvoir des soins de qualité pour tous et de solides politiques de santé dans le monde.

ANNEXE 5: PRISE DE POSITION DU CII SUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DES INFIRMIÈRE AU TRAVAIL

La santé et la sécurité des infirmières au travail

Prise de position du CII :

Le CII fait siennes les conclusions de recherches qui montrent que la sécurité des conditions de travail dans le secteur de la santé est un facteur important pour la sécurité des patients. A cette fin, Le CII demande que soient élaborés et appliqués des instruments internationaux, nationaux et régionaux susceptibles de sauvegarder le droit des infirmières à un environnement de travail sûr, incluant la formation continue, l'immunisation et l'équipement et vêtements de protection.

Le CII déplore le manque de législation appropriée, au niveau national, en ce qui concerne la santé et la sécurité des infirmières sur leur lieu de travail, les mécanismes permettant aux employés de participer à la surveillance et à l'élimination des risques professionnels soient souvent inadéquats, à l'insuffisance des ressources dégagées afin d'assurer des services optima de santé et de sécurité au travail afin d'assurer une inspection du travail adéquate.

Le CII soutient fermement les diverses conventions de l'OIT traitant de santé et de sécurité au travail et estime que les associations nationales d'infirmières (ANIs) devraient :

- Exhorter leurs gouvernements respectifs à faire en sorte que toutes les institutions de santé respectent les dispositions de la loi en matière de santé et de sécurité au travail. Pour cela, les ANIs pourraient recourir au lobbying et à l'action politique individuelle et/ou collective ;
- Lancer et/ou soutenir des recherches, dans leurs pays respectifs, sur la sécurité et la pertinence de l'environnement de travail des infirmières ainsi que sur les comportements, les attitudes, les procédures et les activités à risques ;

- Sensibiliser le personnel infirmier, les employeurs ainsi que le public aux risques professionnels dans le secteur de la santé, y compris en ce qui concerne les abus et la violence ;
- S'efforcer d'accroître la prise de conscience par les infirmières de leurs droits (en tant qu'employées) à un environnement de travail sain et sans risque ainsi que de leurs devoirs en ce qui concerne la protection de leur sécurité personnelle et la promotion de celle des autres ;
- Convaincre les gouvernements et les employeurs d'adopter et de mettre en œuvre toutes les mesures nécessaires afin de protéger la santé et le bien-être des infirmières exposées dans le cadre de leur travail, y compris lorsque cela est nécessaire par le biais de la vaccination ;
- Exhorter les gouvernements et les employeurs à assurer l'accès du personnel infirmier - sans coût supplémentaire pour lui - à des mesures de protection (des vêtements par exemple) et à des équipements de protection sans coûts supplémentaires pour le personnel ;
- Encourager les infirmières à entreprendre les vaccinations qui s'imposent pour garantir leur santé et leur sécurité au travail ;
- Coopérer avec les autorités compétentes afin d'assurer la mise à jour de la liste des maladies professionnelles et d'évaluer périodiquement la pertinence de cette liste pour le personnel infirmier ;
- Soutenir les demandes d'indemnisation émanant d'infirmières en rapport avec des maladies ou des blessures liées au travail ;
- Recueillir et diffuser l'information sur l'incidence des accidents, blessures et maladies liés au travail qui affectent les infirmières ;
- Coopérer avec d'autres organisations qui soutiennent le droit du travailleur à un environnement de travail sain et sans risques ;
- Reconnaître le lien important qui existe entre les travailleurs et leurs familles pour l'élaboration de politiques et de programmes de traitement culturellement appropriés en matière de santé et de sécurité au travail ;
- Apporter leur soutien au droit qu'ont les infirmières de ne pas être intimidées dans l'exercice de leur fonction de conseil au patient ;
- Plaider en faveur de la mise sur pied de mécanismes de contrôle adéquats à tous les niveaux afin d'assurer la mise en œuvre appropriée des politiques ;

- Diffuser l'information concernant l'apparition de nouveaux risques sur le lieu de travail ;
- Diffuser l'information sur le non-respect par les employeurs de la législation relative à la santé et à la sécurité au travail, y compris s'agissant des mécanismes devant lesquels sont renvoyées de telles infractions.

Le CII soutient le rôle croissant joué par l'infirmière de santé professionnelle pour ce qui est de répondre aux besoins des travailleurs en matière de soins de santé primaire. Il demande pour ce type d'infirmière une rémunération équitable ainsi que des structures de carrière adéquates garantissant le développement professionnel afin d'attirer/retenir les infirmières dans ce domaine d'expertise.

Information de base:

Le CII reconnaît le rôle essentiel qu'ont la santé et la sécurité au travail pour la promotion de la santé. Le CII reconnaît en outre l'expertise croissante qu'ont accumulée les infirmières dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail ainsi que la rentabilité des services assurés dans ce domaine aux employés.

Les soins aux patients bénéficient d'un environnement de travail sûr pour le personnel de santé. L'environnement de travail de l'infirmière est souvent dangereux en raison :

- De la contamination de l'environnement par des déchets résultant de l'activité humaine et industrielle ;
- Des risques (par exemple chimiques, biologiques, physiques, ou encore liés au bruit, aux radiations, au caractère répétitif du travail) ;
- De la technologie médicale - insuffisance de la maintenance ou de la formation concernant l'utilisation de cette technologie ;
- De l'accès inadéquat à des vêtements de protection et à des équipements sûrs ;
- Des sollicitations accrues dont font l'objet les ressources émotionnelles, sociales, psychologiques et spirituelles de l'infirmière qui travaille dans des cadres politiques, sociaux, culturels, économiques et cliniques complexes ;
- Des incidents de violence, y compris le harcèlement sexuel ;

- Des faiblesses en matière d'ergonomie (conception et forme des équipements, du matériel et installations médicales) ;
- De l'allocation inadéquate de ressources humaines et financières ;
- De l'isolement.

Le CII relève que la plupart des gouvernements ne collectent pas d'informations précises et à jour sur l'incidence des accidents, des blessures et des maladies affectant le personnel infirmier alors qu'une telle démarche s'inscrit à la base même de toute formulation de politique solide. Le manque de données pertinentes est un sujet de grande préoccupation.

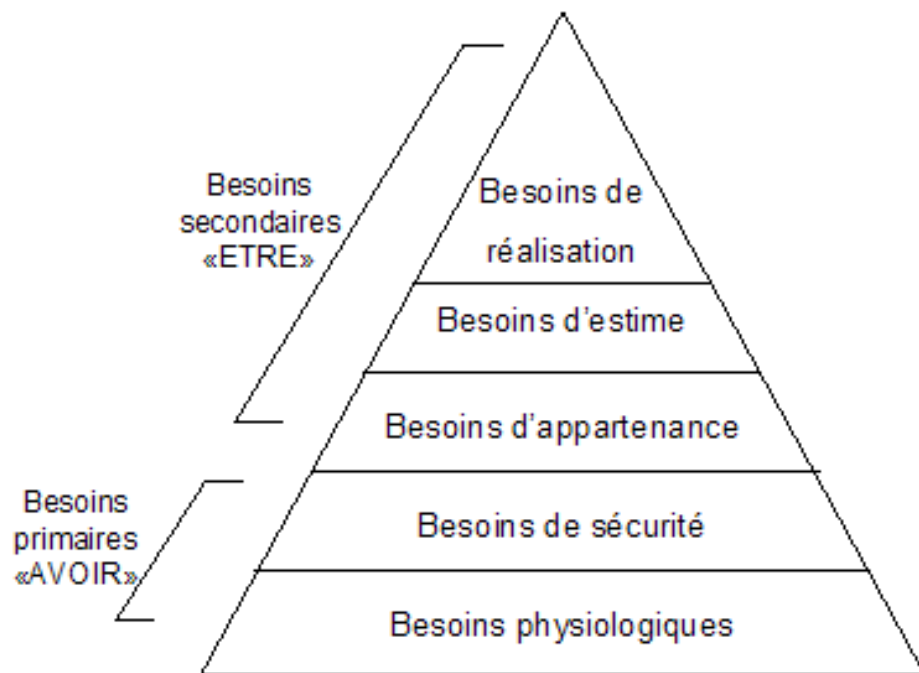
Dans certains pays, il n'existe tout simplement pas de législation en matière de santé et de sécurité au travail. Dans d'autres, les moyens permettant d'en surveiller l'application ainsi que les mécanismes disciplinaires à l'intention des employeurs qui ne la respectent pas sont inefficaces ou inexistantes. D'autres pays encore se sont dotés d'une législation qui exclut les hôpitaux et les autres institutions de santé de son champ d'application.

La convention n°149 de l'Organisation internationale du travail (OIT) sur le personnel infirmier¹⁾ demande aux Etats membres d'améliorer les lois et les réglementations existants en matière de santé et de sécurité au travail en les adaptant à la spécificité du travail infirmier et de l'environnement dans lequel il s'exerce. Le chapitre IX de la recommandation y afférente (n°157) développe plus avant les mesures jugées nécessaires afin de garantir la santé et la sécurité des infirmières au travail.

^{1) 1)} Organisation internationale du travail, **convention n°149 et recommandation n°157 sur le personnel infirmier**, Genève, OIT, 1977.

Adoptée en 1987, revue et mise à jour en 2006

ANNEXE 5 : PYRAMIDE DES BESOINS DE MASLOW



LA PYRAMIDE DES BESOINS
SELON MASLOW

BIBLIOGRAPHIE

ARTICLES DE LA REVUE DE LITTÉRATURE

Ayranci, U. (2005). Violence : Recognition, management and prevention. Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. *The Journal of Emergency Medicine*, 28, 361-365.

Catlette, M. (2005). A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers. *Journal of Emergency Nursing*, 31, 519-525.

Chapman, R., Styles, I. (2006). An epidemic of abuse and violence : Nurse on the front line. *Accident and Emergency Nursing*, 14, 245-249.

Crilly, J., Chaboyer, W., Creedy, D. (2004). Violence towards emergency department nurses by patients. *Accident and Emergency Nursing*, 12, 67-73.

Deans, C. (2004). The effectiveness of a training program for emergency department nurses in managing violent situations. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 21, 17-22.

Fernandes, C., Raboud, J., Christenson, J., Bouthillette, F., Bullock, L., Ouellet, L., Moore, C. (2002). The effect of an education program on violence in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 39, 47-55.

Ferns, T. (2005). Violence in the accident and emergency department – An international perspective. *Accident and Emergency Nursing*, 13, 180-185.

Gates, D., Ross, C., McQueen, L. (2006). Violence : Recognition, management and prevention. Violence against emergency department workers. *The Journal of Emergency Medicine*, 31, 331-337.

Hislop, E., Melby, V. (2003). The lived experience of violence in accident and emergency. *Accident and Emergency Nursing*, 11, 5-11.

Kamchuchat, C., Chongsuvivatwong, V., Oncheunjit, S., Yip, T., Sangthong, R. (2008). Workplace violence directed at nursing staff at a general hospital in Southern Thailand. *Journal of Occupational Health*, 50, 201-207.

Kwok, R., et al. (2006). Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*, 12, 6-9.

Lyneham, J. (2000). Workplace violence in New South Wales emergency departments. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 18, 8-17.

Saines, J. (1999). Violence and aggression in A et E: Recommendations for action. *Accident et Emergency Nursing*, 7, 8-12.

ARTICLES PUBLIÉS

Aksan, A., Aksu, F. (2007). The training needs of Turkish emergency department personnel regarding intimate partner violence. *BMC Public Health*, 7.

Alexander, M. (2001). Violence in the emergency department : A firsthand account. *Journal of Emergency Nursing*, 27, 279-285.

Beech, B. (2001). Sign of the times or the shape of things to come ? A 3-day unit of instruction on 'aggression and violence in health settings for all students during pre-registration nurse training'. *Accident and Emergency Nursing*, 9, 204-211.

Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Concepts, Stress, Coping. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 68-83.

Drummond DJ, Sparr LF, Gordon GH. 1989. Hospital violence reduction among high-risk patients. *JAMA*. 261(17), p. 2531-2534.

Endler, S. (1997). Stress, Anxiety and Coping: The Multidimensional Interaction Model, *Canadian Psychology*.

Elchardus, J.-M., Gansel, Y., Grison-Curinier, J. (2005). Violence et urgence. *Annales Médico Psychologiques*, 163, 664-667.

- Farrell, G., Cubit, K. (2005). Nurses under threat : A comparison of content of 28 aggression management programs. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14, 44-53.
- Ferns, T. (2005). Terminology, stereotypes and aggressive dynamics in the accident and emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, 13, 238-246.
- Ferns, T., Stacey, C., Cork, A. (2006). Violence and aggression in the emergency department: factors impinging on nursing research. *Accident and Emergency Nursing*, 14, 49-55.
- Ferns, T. (2007). Considering theories of aggression in an emergency department context. *Accident and Emergency Nursing*, 15, 193-200.
- Forster, J., Petty, P., Schleiger, C., Walters, C. (2005) Know workplace violence: Developing programs for managing the risk of aggression in the health care setting. *Medical Journal of Australia*, 183, 353-361.
- Gansel, A., Grison-Curinier, J., Plet, F., Renault, F. (2005). La violence sur la scène des urgences. *Forensic*, 21, 9-12.
- Gerberich, G., et all. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: The Minnesota nurses' study. *Occupational and Environmental Medicine*, 61, 495-503.
- Hodge, A., Marshall, A. (2007). Violence and aggression in the emergency department : A critical care perspective. *Australian Critical Care*, 20, 61-67.
- Jackson, D., Clare, J., Mannix, J. (2002). Who would want to be a nurse? Violence in the workplace – a factor in recruitment and retention. *Journal of Nursing Management*, 10, 13-20.
- Jones, J., Lyneham, J. (2000). Violence: Part of the job for Australian nurses ? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 18, 10-14.
- Lau, J., Magarey, J. (2006). Review of research methods used to investigate violence in the emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, 14, 111-116.

- Lau, J., Magarey, J., McCutcheon, H. (2004). Violence in the emergency department: A literature review, *Australian Emergency Nursing Journal*, 7, 27-37.
- Lazarus, R.S. et Folkman, S. (1984a). Coping and adaptation. In W.D. Gentry (Ed.), *Handbook of behavior medicine*, New York : Guilford, 282-325.
- Leclerc, C. (1992). Gérer l'agressivité et les troubles mentaux. *Nursing Québec*, 12(2), mars-avril.
- Lerouel, M. (2006). Stress et santé : le rôle de la personnalité. Une présentation de quelques outils d'évaluation de la personnalité. *Recherche en soins infirmiers*, 5(2, 5-14.)
- Lyneham, J. (2000). Violence: Part of the job for Australian nurses?. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 18, 27-32.
- Lyneham, J. (2001). Workplace violence in New South Wales emergency departments. *Australian Emergency Nursing Journal*, 4, 5-9.
- Mercer, M. (2007). The dark side of the job: Violence in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 33, 257-261.
- Rintoul, Y., Wynaden, D., McGowan, S. (2009). Managing aggression in the emergency department : Promoting an interdisciplinary approach. *International Emergency Nursing*, 17, 122-127.
- Sands, N. (2007). An ABC approach to assessing the risk of violence at triage. *Australian Emergency Nursing Journal*, 10, 107-109.
- Winstanley, S., Whittington, R. (2004). Aggression towards health care staff in a UK general hospital : Variation among professions and demartments. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 3-10.

OUVRAGES

- Amar, B., Guegen, J.-P. (2005). *Nouveaux cahiers de l'infirmière. Concepts et théories, démarche de soins*. Paris : Mason.

Carpentier, J.-P. (2005). *Nouveaux cahiers de l'infirmière. Urgences/Réanimation/Transfusion sanguine*. Paris : Masson.

Gbézo, B. (2005). *Les soignants face à la violence*. Rueil-Malmaison. Edition Lamarre.

Haven, E., Piscitello, V. (1989). The patient with violent behavior. Dans S. Levis, R. Grainger, W. McDowell, R.J. Gregory et R. Messner (dir.), *Manual of psychosocial nursing interventions: Promoting mental health in medical-surgical settings*. Philadelphie. W.B. Saunders.

Jeanmougin, Ch., Kessler, B., Prudhomme, Ch. (2008). *Dossiers Maloine de l'infirmière. Urgences et réanimation. Soins infirmiers dans les services d'urgence et de réanimation*. Paris. Maloine.

Morasz, L. (2002). *Comprendre la violence en psychiatrie. Approche clinique et thérapeutique*. Paris. Dunod.

Townsend, M. (2004). *Soins infirmiers. Psychiatrie et santé mentale*. Québec. ERPI.

Warren, N.C. (1990). *Make anger your ally*. Colorado Springs. Focus on the Family Publishing.

ARTICLES DE PÉRIODIQUES

Gulland, A. (1997). Safety first. *Nursing Times*, 93 : 18, 10-16.

Roulet Renoleau, M. (2002). L'infirmier et la violence dans les services d'urgences. *Soins*, 664, 39-42.

Smith, D. (1998). Safety at triage – Walk a mile in my shoes. *Australian Emergency Nursing Journal*, 5, 5-7.

DIVERS

American Nurses Association. Resolution on workplace abuse and harassment of nurses, 2006. (Document non publié)

Conseil international des infirmières, prise de position. Abus et violence à l'encontre du personnel infirmier, 2006. (Document non publié).

Conseil international des infirmières, prise de position. La santé et la sécurité des infirmières au travail, 2006. (Document non publié)

Conseil international des infirmières. Directives : Comment affronter la violence au travail, 2007. (Document non publié)

Emergency Nurses Association Position Statement : Violence in the emergency care setting. Association américaine des infirmiers d'urgence, 2006 (Document non publié).

Hôpital Fribourgeois. Violence : prévention et gestion des situations, fiche 1 et 2, technique de soins des urgences, 2008. (Document non publié)

WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence : a public health priority. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 1996 (document non publié WHO/EHA/SPI.POA.2).

SITES INTERNET

CHUV. (sd) Service des urgences au CHUV. [Page Web] accès : <http://www.chuv.ch/urgences> [page consultée le 11.05.2009].

HUG. (2003) Service des urgences. [Page Web] accès : http://extranot.hcuge.ch/QuickPlace/urgences/Main.nsf/h_Toc/4df38292d748069d0525670800167212/?OpenDocument [page consultée le 11.05.2009].

Psychiatrie-infirmier. (sd) Agressivité. [Page Web] accès : <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/psychologie/agressivite.htm> [page consultée le 12.05.2009].

Craigwood. (sd) PMAB Training. [Page Web] accès : <http://www.craigwood.on.ca/training/pmab.htm> [page consultée le 15.05.2009].

UPMF Grenoble. (sd) Théorie des besoins. [Page Web] accès : <http://web.upmf-grenoble.fr/emanagement/HTML/Th%E9o%20des%20besoins.htm> [page consultée le 18.05.2009].